Über

# primäre und secundäre Paranoia.

## Inaugural-Dissertation

zur

**Erlangung der Doctorwürde**

in der

**Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe,**

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Facultät

der Königlichen Universität zu Greifswald

am

Sonnabend, den 24. Mai 1890

Mittags $11^1/_2$ Uhr

öffentlich vertheidigen wird

**Gustav Scholinus**

pract. Arzt

aus Stettin.

Opponenten:

Herr Dr. med. Max Niesel.
Herr Dr. med. Johannes Schmidt.
Herr Dr. med. Ludwig Häuser.

Greifswald.
Druck von Julius Abel.
1890.

Seinem Vater

und

dem Andenken seiner treuen Mutter

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Die Erkenntnis des Unterschiedes einer primären und secundären Paranoia, die heutzutage einem Jeden geläufig ist, der sich mit den Lehren der Psychiatrie bekannt gegemacht hat, ist wesentlich erst durch die vielfache Behandlung des Gegenstandes in den letzten Decennien des Jahrhunderts gewonnen. Den Ausdruck Paranoia selbst findet man jedoch schon 1764 bei Vogel, der aber mit ihm noch von uns streng unterschiedene Krankheitsbilder bezeichnete. Genauer formuliert sehen wir den Begriff nächstdem bei Heinroth in seinen Untersuchungen über Krankheiten der Seele, Halle 1802—7 und in seinem Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens 1818- Er hat bereits wenigstens einen Theil der von uns unter Paranoia zusammengefassten psychischen Krankheitserscheinungen gekannt und mit diesem Terminus bezeichnet, für den vor ihm vielfach Verrückung gebraucht wurde. Späterhin begegnet uns die Paranoia 1829 wieder bei Stark in seiner allgemeinen Pathologie und allgemeinen Naturlehre der Krankheiten. Im Allgemeinen hat der Ausdruck sowohl als die Kenntnis des mit ihm benannten Zustandes bis in die dreissiger und vierziger Jahre unsres Jahrhunders hinein bei uns in Deutschland keinen rechten Eingang gefunden, obgleich Heinroth Anstoss genug zu einer im heutigen Sinne richtigen Beurtheilung der Dinge gegeben hatte. (Mendel).

Bei Zeller finden wir den Ausdruck Verrücktheit*).

---

*) Bericht über die Wirksamkeit der Heilanstalt Winnenthal. Allg. Zeitschrift für Psych. Bd. 1. pg. 39. Jahrgg. 1844.

Er kennt zunächst nur die secundäre nach Melancholie und Manie entstandene, spricht von der häufig nur partiellen Natur des Leidens und seiner dennoch schlechten Prognose. Dass ihm die andere Art der Entstehung ebenfalls nicht fremd gewesen sein muss, scheint aus einer Abhandlung seines Assistenzarztes Ellinger*) hervorzugehen, wo dieser neben der genannten auch einer genuin sich entwickelnden gedenkt.

Im grossen und ganzen aber wird beiden kein Unrecht geschehen, wenn man diese kurze Erwähnung nicht allzu hoch anschlägt, da sie nur ganz beiläufig im Texte steht und kaum einen Schluss auf eine vollgültige Anerkennung seitens ihres Autors zulassen dürfte. Finden wir doch,, dass trotzdem schon von Jacobi 1837 in den Annalen von Siegburg klare Fälle primärer hypochondrischer Verrücktheit mitgetheilt worden waren, wie sie später besonders von Morel geschildert wurden, dass gerade bei Zeller schon sich die Anschauung eines genetischen Zusammenhangs aller psychischen Krankheitserscheinungen heraus gebildet hatte, nach der die verschiedenen Seelenstörungen nicht in verschiedenen Formen, sondern in verschiedenen Stadien auftreten, die zusammen eine einzige Art der geistigen Störung ausmachen. Der regelmässige typische Verlauf geht darnach von der Melancholie zur Manie, von ihr zur Verrücktheit und zum Blödsinn**).

Im Jahre 1845 erscheint Griesingers Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten in erster Auflage und beherrscht mit ihren Anschauungen bald die gesammte psychiatrische Welt. Hier finden wir den bei Zeller

---

*) Ueber den Einfluss der Selbstbefleckung etc. Allg. Zeitschrift für Psych. Bd. 2. pg. 41 Jhrg. 1845.

**) cf. Zellers cit. Abh. Übergang der Melancholie in Manie pg. 34. sq., der Manie in Blödsinn oder Verrücktheit pg. 38 sq., und Zweiter Bericht etc. Med. Correspondenzblatt Juli 1840.

concipierten Gedanken auf das vollständigste durchgeführt. Man vergleiche Griesingers Lehrbuch pg. 213, wo die Trennung in die beiden grossen Gruppen der primitiven (affectartigen) Anomalien (Melancholie, Manie, Wahnsinn) und der secundären Störungen vollzogen wird (Verrücktheit und Blödsinn), jene heilbar, diese unheilbar. Ferner pg. 214: „Die Mehrzahl aller psychischen Erkrankungen fängt mit solchen Zuständen tiefer Gemüthsverstimmung in der Weise eines depressiven, traurigen Affectes an". Pg. 279: „In der Mehrzahl der Fälle gehen melancholische Zustände den maniakalischen voraus und diese gehen aus jenen hervor". Pg. 281: „Das Entstehen der Manie aus der Schwermuth ist die Regel", und „das Stadium melancholicum ist die Incubationsperiode der Tobsucht". Schliesslich insbesondere pg. 313. „Die Form des Wahnsinns entwickelt sich ganz wie die Tobsucht vorzugsweise aus einem vorausgegangenen Stadium melancholicum", und pg. 328: „Die partielle Verrücktheit ist immer eine aus der Melancholie oder Manie herausgebildete Krankheit."

Jeder Unterrichtete weiss, einen wie grossen Fortschritt diese Zeller-Griesingersche Lehre in der Erkenntnis der Erkrankungen des Seelenlebens bedeutet. Noch consequenter hat sie später 1859 Neumann in seinem Lehrbuch dargestellt und neuerdings 1883 Arndt.

Nichtsdestoweniger muss gesagt werden, dass man in der Anwendung der neuen Lehre zu weit ging, dass ihre ausschliessliche Geltung, gegen die weder die älteren Ueberlieferungen der Litteratur noch die Anschauungen des Auslandes (Morels bei den Franzosen) noch eigne Beobachtungen etwas vermochten, auf die Dauer nicht zu Recht bestehen konnte. Insbesondere aber hat darunter die Beurtheilung der Verrücktheit oder des Wahnsinns zu leiden gehabt, der dadurch ganz zu einem secundären Schwächezustand

geworden und mit einem Zustand zusammen geworfen war, der doch nur gewisse Aehnlichkeit mit ihm hatte.*)

Der Verfasser nun hat es sich zur bescheidenen Aufgabe gemacht, die allmähligen Wandlungen zu skizzieren, die von Griesinger ab Begriff und Inhalt der Verrücktheit durchzumachen hatten, bis durch Westphal 1876 die Anerkennung ihrer primären Entstehungsweise wiederum ein Allgemeingut geworden war. Nächstdem wird sich zum Schluss dieser Skizze ein weiterer Gesichtspunkt ergeben, der geschöpft ist aus der Arndt'schen Theorie der Analogie des Zuckungsgesetzes des ermüdeten und absterbenden Nerven mit den Formen resp. Stadien der psychischen Störung. Er wird zwar beide Anschauungen nicht miteinander versöhnen und in einander aufgehen lassen, aber er wird doch ihre wesentliche Zusammenfassung und damit die Wiederherstellung einer einheitlichen Gruppierung alles psychischen kranken Geschehens gestatten.

Wir wenden uns also zuerst zu Griesinger zurück. Im 3. Buch seines Werkes, wo er die Formen der psychischen Krankheiten bespricht, unterscheidet er die psychischen Depressionszustände von denen der Exaltation und begreift unter diesen neben Manie und Tobsucht, als dritten den Wahnsinn. Darnach folgen die psychischen Schwächezustände.

Der Griesinger'sche Wahnsinn nun besteht in Exaltationszuständen, deren Character gegeben ist durch affirmativen expansiven Affect mit anhaltender Selbstüberschätzung und daraus hervorgehenden ausschweifenden und fixen Wahnvorstellungen. Die exaltierte Selbstempfindung äussert sich als dauernd gehobene Stimmung in Verbindung mit dem Bedürfnis erhöhter excentrischer Thätigkeit. Diese

---

*) cf. Schäfer. Bemerk. zur psych. Formenlehre. Allg. Zeitschrift f. Psych. Bd. 36. p. 216.

entspricht aber nicht nur einem dunkeln impulsiven Drange, wie bei der Tobsucht, sondern wird von klaren, bewussten Gedanken getragen und geleitet, wodurch das Wollen das Triebartige verliert und zum wirklichen kranken Wollen wird.

Im Vorstellen herrscht anfangs nur formale Steigerung in der Lebendigkeit und Schnelligkeit, erst später gesellen sich zunächst einzelne, dann mehrere Wahnvorstellungen hinzu, die allmählig das ganze Bewusstsein einnehmend und beherrschend, ohne lebendigen Wechsel das Streben bestimmen und denen allen der Irrthum und die Uebertreibung in Bezug auf den Inhalt eigenthümlich ist.

Hiermit in engem Zusammenhange stehen die falschen Vorstellungen und Urtheile in Bezug auf das eigne Ich und sein Verhältnis zur Aussenwelt. Es ist in Hinsicht auf späteres festzuhalten, dass Griesinger die sich hieraus entwickelnden Grössenideen ganz entsprechend dem Wahn des Melancholikers als entstanden ansieht auf dem Boden der veränderten Selbstempfindung, zu der sie sich wie Erklärungsversuche verhalten; selbstverständlich nicht so, als ob sich der Kranke dessen bewusst wäre oder über den Grund seiner Stimmung Reflexionen anstellte, sondern der Wahn steigt vielmehr plötzlich und unvermittelt im Bewusstsein auf.

Solange der Affect anhält zeigt sich dementsprechend Steigerung in den Grössenwahnvorstellungen, während beim Schwächerwerden dennoch der Wahn zurückbleibt und sich fixiert. Allerhand Hallucinationen und Illusionen treten auf, verstärken und nähren ihn und sind so von schlimmerem Einfluss als in der Tobsucht, weil sie nicht, wie dort vergessen werden. — Es ist aus der Schilderung ersichtlich, dass sich das bei Griesinger gegebene Krankheitsbild zum grossen Theil mit dem deckt, was heute unter primärer

Verrücktheit oder Paranoia verstanden wird*), aber Griesinger betont ausdrücklich, dass sie, ganz wie die Tobsucht, sich nur nach einem vorausgegangenen Stadium melancholicum entwickelt, nachdem vielleicht der Exaltationszustand zwischen beiden Formen längere Zeit geschwankt hat. Mit dem Fixiertwerden einzelner Wahnvorstellungen tritt dann der confirmierte Wahn als viel schlimmere Affection, als die Tobsucht ein. Beide aber, Tobsucht und Wahnsinn sind eng mit einander verbundene, nicht selten in einander übergehende, noch häufiger wie fragmentarisch unter sich gemischte Zustände oder Formen. Wenn keine Genesung erfolgt, die sich fast analog dem Erwachen aus einem Traum gestaltet, so tritt zuerst der Affect zurück, dessen Producte, die Wahnvorstellungen bleiben noch, bis mit dem Eintritt der psychischen Schwäche, Verlust des Gedächtnisses und Verworrenheit, endlich der Abschluss in terminalem Blödsinn erreicht wird.

Die psychischen Schwächezustände, die dritte grosse Gruppe der krankhaften Seelenzustände, sind dadurch gekennzeichnet, dass sie nur als Residuen der übrigen Formen auftreten, die nicht mit Genesung geendet haben, ferner dadurch, dass die Störungen der Intelligenz bei zurücktretenden oder ganz abwesenden Affecten die Grundanomalie bilden. In den höheren Graden stellt sieh diese Schwäche als eigentlicher Blödsinn dar mit den Unterabtheilungen der allgemeinen Verrücktheit und des apathischen Blödsinns. Wenn aber jene durch das Herrschen einiger fixer Wahnvorstellungen gewissermassen verdeckt wird, in deren starrem Festhalten der ganze Rest psychischer Kraft verbraucht wird, so erhalten wir die partielle Verrückheit (Griesinger).

Diese nun ist es, die unsere Aufmerksamkeit besonders in Anspruch nimmt, denn sie hat als Ausgangspunkt und

*) cf. die unter XXXIX mitgetheilte Krankengeschichte.

Angriffspunkt aller später angestellten Kritik gedient. In ganz allmähligem Uebergang aus der Melancholie und Manie kommt es mit dem Zurücktreten des negativen oder affirmativen Affektes und mit Herübernahme der Wahnvorstellungen jener Stadien zu der Wiederkehr einer grösseren äusseren Ruhe und Besonnenheit mit gleichmässigerem Fluss der psychischen Thätigkeiten. Aber diese sind auf einem weit niedrigeren Durchschnittsniveau als früher angelangt, es hat sich ein ganz anderer Mensch gebildet, was sich in Abstumpfung und Schwäche aller psychischen Reactionen, Gleichgültigkeit und Gemüthsleere zeigt, in dem Verlust des Gedächtnisses und der verminderten Energie des Wollens bei entsprechender motorischer Schwäche.

Die Möglichkeit affectvollerer Zustände, wenn auch sehr abgeschwächter, ist noch gegeben, aber nur bei feindlicher Berührung der Wahnvorstellungen, die in Bezug auf den Inhalt sich entweder beziehen auf eine Erhebung des Subjects und Beherrschung des Objects oder auf ein Leiden des Subjects mit Beherrschtsein durch das Object. Je nachdem unterscheidet Griesinger eine partielle Verrücktheit mit activem, exaltirtem Wahn und eine partielle Verrücktheit mit passivem, deprimiertem Wahn. In seiner Entstehung lässt er sich immer auf ein Stadium melancholicum oder maniacale zurückführen. Durch Hallucinationen und Illusionen, die in keiner Form des Irreseins so häufig sind, wie hier, wird das Delirium aber fortwährend genährt und unterhalten.

Ein Ausgang in Genesung kommt nicht mehr vor, die Kranken fallen schliesslich allgemeiner Verwirrtheit und dem Blödsinn anheim.

Bei dieser Griesinger'schen Lehre von der stets secundären Natur der geschilderten Zustände ist es nun lange Zeit geblieben. Sie sind also, um es kurz zu recapitulieren, theils unter die Manien, theils wegen der Ver-

folgungsideen auch noch unter die Melancholien subsumiert, am allgemeinsten aber und das besonders von den deutschen Irrenärzten, als Residuen jener primären Seelenstörungen angesehen worden.

Hieran vermochte auch Flemming nichts zu ändern, der in seinem Lehrbruch 1859 ausdrücklich sagte, dass er Krankheitsfälle kennte, die vom Erkenntnisvermögen ihren Anfang nähmen. Ebensowenig Kahlbaum, der 1863 in seiner Gruppierung der psychischen Krankheiten die Paranoia aufgestellt hatte, die nichts anderes war, als die sonst Monomance, Wahnsinn oder Verrücktheit genannte Geistesstörung.

Erst im Jahre 1865 giebt Snell durch einen in der psychiatrischen Section der Naturforscher-Versammlung zu Hannover gehaltenen Vortrag über Monomanie als primäre Form der Seelenstörung*) den Anstoss zu erneuter Untersuchung und zu einer andern Beurtheilung der Dinge. Er characterisiert richtig die betreffende Störung und schildert uns, wie er anfangs, ebenfalls in der Auffassung ihrer secundären Natur befangen, sich über den Mangel der Bestätigung in den Krankengeschichten damit getröstet habe, dass eine kurze Manie oder heimliche Melancholie wohl voraufgegangen sein müsse, ohne beobachtet worden zu sein.

Auf der andern Seite haben sich bei dem Verlauf der nun wirklich zur Beobachtung gekommenen Melancholien und Manien alle möglichen Schwächezustände ergeben, aber niemals die von ihm sogenannten Monomanie. So ist Snell dann zu der Ueberzeugung gelangt, dass er es mit einer primären Form zu thun gehabt habe und stellt demgemäss seine Monomanie als dritte primäre Grundform neben die andern beiden.

Die von Snell loc. cit. mitgetheilten Krankengeschichten liefern sömmtlich das heute unter Paranoia primaria aner-

*) Allg. Zeitschrift f. Psych., Bd. 22. pag. 368.

kannte Krankheitsbild. Die Patienten erkranken zumeist erst um das dreissigste Lebensjahr und später mit einem Verfolgungswahn und zwar, wie Snell hervorhebt, auf Grund gehobenen Selbstgefühls, worin er den Hauptcharakterzug der Störung sieht. Grössenideen treten meistens erst secundär, seltner gleichzeitig hinzu und helfen ein vollständiges, systematisches Wahngebäude aufrichten. Gerade dieses Systematische, Consequente geht den Wahngebilden des Melancholikers und Maniakus ab, ein ebenfalls von Snell sehr richtig aufgefasstes Unterscheidungsmerkmal. Die Entwickelung geht meistens sehr allmählig vor sich, selten acut und stürmisch, und schreitet, wenn auch Heilung kaum vorkommt, doch selten bis zu dem hilflosen, tiefen Blödsinn vor, der so häufig den Schlussstein der übrigen Formen der Geistesstörung bildet.

Im Jahre 1867 nun hält Griesinger, unser Alt-Meister der Psychiatrie, einen Vortrag allgemeineren Inhalts bei Gelegenheit der Eröffnung der psychiatrischen Klinik in Berlin.*) Angeregt durch die Arbeit Snells, hat er sich von der protogenetischen Bildung der in Rede stehenden Zustände überzeugt und hält die eigenthümliche, sehr chronische Störung nicht mehr wie noch in seinem Buche für secundär, sondern für primär und beseichnet sie mit dem Ausdruck primäre Verrücktheit, damit allerdings bezüglich ihres Entstehens das Richtige anerkennend, aber die Identität mit den Erscheinungen secundärer Verücktheit im übrigen festhaltend.

Es muss an dieser Stelle seiner von den früheren etwas verschiedenen Ansichten über die Entstehungsweise der Wahnvorstellungen gedacht werden. Griesinger führt bei genannter Gelegenheit zum ersten Male den Ausdruck Primordialdelirien ein und unterscheidet die Primordialdelirien der Beeinträchtigung und der Grösse von einander,

*) Archiv für Psych. Bd. 1. pg. 143.

deren specielle Fassung im Inhalte beim einzelnen Falle gleichgültig ist, die aber der Kenner selbst in den tausendfachsten Combinationen immer wieder mit Leichtigkeit in ihrer Besonderhelt herausfindet.

Sie kommen bei den verschiedendsten krankhaften Geisteszuständen vor, was uns hier nicht weiter berührt, aber es giebt, fährt Griesinger fort: „andererseits höchst interessante Zustände“, und das sind die, mit denen wir es hier zu thun haben, „wo die beiden Hauptarten der Primordialdelirien sich sehr langsam neben einander entwickeln, wo bei dieser Langsamkeit der über Jahre sich hinerstreckenden Entwickelung die sich widerstrebenden Vorstellungen Zeit haben, sich allmählig zusammen zu ordnen, zu durchdringen und zu festen Gedankenverbindungen, zu einem sogenanntem System von Wahnvorstellungen aufs engste zusammen zu wachsen. Es bildet sich oft hier eine höchst eigentümlich in einander gearbeitete Mischung von Verfolgungs- und Grössenideen: Diese Kranken besitzen grosse Güter- und Erbschaften, um die sie betrogen, wegen deren sie verfolgt werden, sie sind Kinder der höchsten Personen, die aber nicht anerkannt, deren Rechte missachtet werden etc“.

Wie kommt es nun zu diesen Delirien. Wir verweisen bei Beantwortung dieser Frage auf die Wiedergabe der früheren Ansichten Ansichten Griesingers zurück.

Die Entstehung aus Hallucinationen lehnt Griesinger mit Recht ab. Er selbst ist weiterhin der Ansicht früher gewesen und wir können hinzufügen, dass sie wohl ganz allgemein gewesen ist, dass den Primordialdelirien affectarige Zustände zu Grunde liegen, den Grössendelirien die gehobene Stimmung, denen der Verfolgung die deprimierte, zu welchen Stimmungen die Delirien sich dann jedesmal als subjectives Erklärungsmoment verhalten würden. Aus vielen Gründen scheint Griesingern dies nun nicht

mehr so ganz allgemein gültig zu sein. Diese Gründe sind gegeben, erstens durch die Versicherung vieler Genesener, dass ihnen die betreffenden Wahnvorstellungen ohne alle ihnen fühlbare Gemüthserregung gekommen seien. Zweitens durch den Mangel jedweder Proportion zwischen der Stärke und Höhe beider Elemente. Weiterhin überhaupt durch den Mangel der Gegensätzlichkeit im Inhalt der Delirien wie sie doch besteht zwischen Melancholie und Manie, der so weit gehen kann, dass die eine Art des Delirs vorhanden sein kann und zwar anhaltend bei ganz entgegengesetzter Gemüthsstimmung. Und schliesslich bleibt es nach dem allen selbst bei obwaltender Uebereinstimmung des Affectes und des Delirs dennoch fraglich, ob ein Causalverhältniss zwischen beiden angenommen werden darf. Es ist Griesingern am wahrscheinlichsten, dass beide, Gefühle und concrete Wahnvorstellungen, Aeusserungen eines und desselben Seelenzustandes sind, der zum Theil sich in Delirien nach aussen projiciert, zum andern Theil nur in Gemüthsbewegungen und Gefühlen zum Ausdruck gelangt und während Griesinger früher geneigt gewesen ist, die Primordialdelirien als logische Producte aus emotiven Grundlagen abzuleiten, legt er jetzt mehr Gewicht auf ihre directe und spontane Entstehung aus der cerebralen Störung selbst. Im weiteren Verlauf werden sich Gelegenheiten bieten auf diese hier berührte Abhängigkeit oder Unabhängigkeit der Wahnvorstellungen von Gefühlen und Affecten näher einzugehen.

Nachdem durch Griesinger selbst seine eigne ursprüngliche Lehre von so sichtbarer Stelle aus die Correctur erfahren hatte, gewahren wir von nun an, dass die Lehre von der primären Natur der Paranoia oder Verrücktheit anfängt, breiteren Raum zu gewinnen und dass das Bestreben der eigentlichen Bearbeiter des Gegenstandes fortan schon nicht mehr so sehr darauf gerichtet ist, ihr den nothwendigen, isolierten Platz zu verschaffen, als sie in Hinsicht

auf Aetiologie, speciellere Symptomatologie und Formenlehre, ihre anatomisch-physiologischen Grundlagen auszubauen. Doch fehlt noch viel daran, dass die neue Kenntniss bereits ein Allgemeingut der Psychiater in der nächsten Zeit genannt werden könnte.

Eine sehr wesentliche Bereicherung erfährt schon sehr bald nach dem eben besprochenen Vortrag die Formenlehre durch die Aufstellung der originären Verrücktheit durch Sander.*) Sie besteht in der Characterisierung, die Sander ihr gegeben hat, auch heute noch zu Recht.

Sie ist so wohl zu unterscheiden von der gewöhnlichen primären Form, als mit dieser zusammen von den secundären sich ebenfalls unter dem Bilde der Verrücktheit abspielenden.

Wir sehen die Sandersche im Ganze seltnere originäre Verrücktheit sich entwickeln bei schwer hereditär, weniger durch eigentliche Geisteskrankheiten als durch Hysterie, Hypochondrie, Trunksucht, Excentricität der Eltern belasteten Individuen, zumeist männlichen Geschlechts, die ihre angeborene Disposition schon von Jugend an zu erkennen geben, bei denen sich im Laufe der Entwicklung allmählig die Krankheit entfaltet, wie bei anderen die Gesundheit. Die Sphäre der Intelligenz erscheint zunächst nicht betroffen, die Kinder erreichen sogar einen mittleren Grad der intellectuellen Ausbildung und von Kenntnissen. Auffällige somatische Abweichungen oder stigmata degenerationis sind nicht wahrnehmbar. Aber eine abnorme Richtung des Gefühls und Gemüthslebens macht sich früh bemerkbar. Wir haben stille, sanfte, ruhige, träumerische Kinder vor uns, die Freude der Mutter, um nachher ihr desto grösserer Schmerz zu werden.

Es entstehen phantastische Vorstellungsreihen, die noch nicht geäussert werden, aber häufig den späteren Wahnideen zu Grunde liegen ebenso wie die bei acuten Krank-

*) Archiv für Psych. Bd. I, pg. 387.

heiten gelegentlich auftretenden auffallend heftigen Delirien. Es besteht überhaupt eine besondere Neigung zu cerebralen Erkrankungen und zu schweren complicierenden Cerebralerscheinungen aus Anlass anderer Krankheiten.

In der Entwicklungsperiode macht nun der Process rapide Fortschritte, entweder so, dass die Individuen immer mehr die Besonnenheit verlieren, Wahnvorstellungen concipieren und schnell einem terminalen Schwächestadium verfallen, oder es hält sich der Kranke noch bis in die zwanziger Jahre hinein, erwählt einen Beruf und zeigt sogar wenn auch meistens nur einseitiges Talent. Aber die Gemüthsrichtung ist abnorm und der Character bleibt auf der Stufe des sich entwickelnden Knaben stehen. Der Kranke lebt zurück gezogen, isoliert, ist empfindsam und reizbar, geneigt zur Affectation. Sein ganzes Wesen zeigt Schlaffheit und Energielosigkeit. Er schwärmt ohne geschlechtlichen Trieb für ein abstruses weibliches Ideal, während zur Masturbation meistens grosse Neigung besteht. Hypochondrischen Anwandlungen begegnet man oft. Die somatische Entwicklung geht dabei im ganzen regelmässig von Statten. Allmählig und oft erst spät erkennbar entwickeln sich die Verfolgungsideen und werden unter gleichzeitigem Auftreten von Sinnestäuschungen sofort systematisiert. Quälendste Unruhe verbirgt sich noch anfangs unter äusserer erzwungener Ruhe, führt oft zu erschütternden Scenen voll dramatischer Wirkung, selten zu gewaltthätigen Explosionen.

Die Hallucinationen nehmen zu, alle Eindrücke der Aussenwelt werden verfälscht und symbolisiert; dazu gesellen sich aus der Erinnerung die phantastischen Vorstellungen und Bilder früherer Jahre und es kommt neben dem Verfolgungswahn zum Auftreten des Grössendelirs in den bekannten Combinationen und Wechselbeziehungen, mit voll-

ständiger Verfälschung der gesammten Umgebung und der eignen Persönlichkeit. Den Abschluss bildet ebenfalls psychische Schwäche, die allerdings sehr allmählig erst erreicht werden kann, auch können längere oder kürzere Remissionen vorkommen.

Sander knüpft mit der Aufstellung seiner originären Verrücktheit direct an Snell an, denn Morel in seinem Traité des maladies mentales hat zwar die Transformation der Verfolgungsdelirien in Grössenwahn erwähnt, aber die Häufigkeit der gleichzeitigen Entstehung übersehen und vor allem die primäre Natur der Erkrankung nicht erkannt, insofern er auf ein Hervorgehen aus hypochondrischen Elementen zu viel Gewicht legt, dementsprechend er eine folie hypochondriaque aufstellt.

Statt des Esquirol'schen von Snell aufgenommenen Ausdrucks Monomanie, der ebenso wie das Wort Wahnsinn zu vielen populären und misbräuchlichen Anwendungen unterliegt, schlägt Sander die Bezeichnung Verrücktheit vor, und wir haben sonach eine secundäre und eine primäre, letztere mit der Untergruppe der originären. —

Das Sander'sche Krankheitsbild ist nicht zum wenigsten deshalb in so ausführlicher Weise hier wiedergegeben worden, weil Sander einmal die Wichtigkeit der hereditären Verhältnisse und der angeborenen Disposition gebührend hervortreten lässt und weil wir hier eine weitere Bereicherung unserer Einsicht in die Entstehnng der Wahnvorstellungen erhalten, deren Grundlage wir in einem von Hause aus verkehrt angelegten und abnorm gerichteten Gefühlsleben erkennen, eine Thatsache, die durch nichts so gut exemplificiert wird, als durch die originäre Verrücktheit. Wenn übrigens im Fortgang der Darstellung von den Sphären des Vorstellens, Fühlens und Wollens die Rede sein wird, so geschieht dies nach üblichem Gebrauch zur Erleich-

terung der Orientierung. Es wird darum gleich hier, um einem Misverständnis vorzubeugen, dagegen Verwahrung eingelegt, dass dem Verfasser dabei etwas von dem Urväterhausrath dreier transcendenter Seelenvermögen vorgeschwebt habe. Verfasser weiss sehr wohl, dass es kein Phänomen des Bewusstseins giebt, das nicht immer alle drei Elemente, wenn auch das eine oder andere nur in seinen Ansätzen, enthielte. Mit dieser Restriction ist es zu verstehen, wenn Verfasser sich dennoch auf die Seite derer neigt, die in der Wahnbildung zunächst eine Alteration des Gefühlslebens erblicken, mit Freilassung des eigentlichen Intellects, dem wir im engeren Sinne die richtige Urtheils- uud Schlussbildung, richtige Subsumption und Erkenntnis des Causalnexus zuweisen. Die Thatsache, dass der Wahn oft ganz unvermittelt ins Bewustsein getreten zu sein scheint, darf nicht zu der falschen Annahme verleiten, dass es in der That so ist. Wie dem gesunden Vorstellen und Denken gesunde Empfindungen, Gefühle, Wahrnehmungen zu Grunde liegen, so dem Wahn die krankhaften Gefühle und Empfindungen, die Parästhesien ganz im allgemeinen. Das Weitere wird sich aus dem Folgenden ergeben.

Schon oben ist des Griesinger'schen Versuches gedacht worden, eine annehmbare Vorstellung von der Genese der Wahnvorstelllungen (Primordialdelirien), speciell der paranoetischen zu erhalten. Es ist dort gezeigt worden, dass Griesinger die Grundlage und Mitwirkung des Affects nicht mehr für nothwendig erachtete und dabei stehen blieb, eine directe, spontane Entstehung aus der cerebralen Störung selbst anzunehmen.

Eine genaue, wenn auch nur psychologische, aber sowohl inhaltlich als formell vorzügliche Untersuchung des Gegenstandes liegt aus dem Jahre 1870 vor von Hagen (Erlangen 1870), veröffentlicht in seinen Studien auf dem Gebiete der ärztlichen Seelenkunde. Er hat hauptsächlich

den sogenannten fixen Wahn in der partiellen Verücktheit im Auge, wo er uns quasi als ein isoliertes Phaenomen entgegen tritt. Er erscheint von dem übrigen Verhalten des Individuums wie losgelöst, das im übrigen keine besonderen Affecte verräth, oft sogar gutes Urtheil zeigt und sich in richtiger Folge über die gewöhnlichen Lebensverhältnisse zu äussern im Stande ist. Hagen findet sehr richtig, dass das Neue und mit der Realität nicht Übereinstimmende, also Irrthümliche zunächst nur in der Zusammenordnung und Beziehung der betreffenden Vorstellungen auf das Subject liegt. Es ist ein Abweg, das Hauptgewicht auf die Fixität zu legen, anstatt auf den Wahn selbst. Dieser ist nicht ein Zwangsgedanke oder eine sinnliche Vorstellung, die uns beständig vorgaukelt und uns verhindert, andere Dinge in den Brennpunkt des Bewusstseins aufzunehmen, sondern er besteht in nichts anderem, als in einem leicht und gern aus verschiedenem Anlass wiederkehrenden Gedanken, dem der Irrthum wesentlich ist. Jenes wäre nur ein fixiertes Denken, eine sowohl bei Kranken als Gesunden zu beobachtendes ganz davon verschiedenes Phänomen.

Wie kommt nun der Kranke zu seinem Wahn, der also eine Art des Irrthums ist?

Auf einer Krankheit des Vorstellens und Denkens überhaupt kann er nicht beruhen. Weder das Urtheilsvermögen ist erkrankt, sonst müssten alle Urtheile falsch sein, noch kann die vorschnelle Urtheilsfällung oder die etwa vorhandene Leichtgläubigkeit und der Mangel an Kritik von Bedeutung sein, denn das Kranksein äussert sich doch wesentlich nur in einer Richtung, nur in Bezug auf einen einzigen oder eine Reihe von Gedanken, woher die schlechte Bezeichnung Monomanie rührt.

Es ist nach Hagen festzuhalten, dass die Kranken nicht nur glauben, sondern zu wissen glauben. Ihr Wahn

imponiert als ein Wissen, und zwar nicht durch Schlüsse, Calcul oder Reflexionen vermittelt — die Systematisierung gehört einem späteren Stadium an —, sondern als ein durch unmittelbare Erfahrung erworbenes. Diese kann in Hallucinationen und Illusionen begründet sein, aber nicht mit Nothwendigkeit, die Empfindung und die durch sie vermittelte Objectsanschauung braucht vielmehr gar nichts Falsches zu liefern.

Das Falsche liegt vielmehr in dem Wesen, dem Sinn, der Note, die der Kranke mit jeder Wahrnehmung zugleich mitwahrnimmt, in einem Etwas, das hinter den Phaenomenen gesucht wird und das nun sofort mitwahrgenommen wird.

Der Verrückte hat also eine verfälschte und zwar unmittelbare Erfahrung. Seine erlebten oder geoffenbarten Thatsachen haben für ihn die ganze Realität und Unumstösslichkeit des Erfahrungswissens; daher die Unmöglichkeit der Correctur. An diese Prämissen knüpft nun der Kranke seine formell richtigen Schlüsse und Urtheile. Wir haben demnach, wenn wir Hagens Ausführungen kurz zusammenfassen, als Ausgangspunkt der ganzen Wahnbildung eine falsche Apperception.

Durch Analogieen aus dem gesunden Leben wird uns dieser Entwicklungsvorgang erläutert und Hagen zieht damit ein noch lange nicht genug gewürdigtes Hülfsmittel für die Erklärung kranker Geisteszustände heran. Jede Empfindung, jede Wahrnehmung fast ohne Ausnahme wird von einem Gefühl der Lust und Unlust begleitet, das zu sofortiger unbewusster Werthschätzung des Dinges führt und dennoch für gewöhnlich ihm als etwas Objectives beigelegt wird. Wie schwer es ist, sich davon frei zu machen, wetss jeder, dem beim Erforschen der Wahrheit die Abstraction hiervon zur ersten Pflicht gemacht ist.

In ganz ähnlicher Weise bildet sich bei dem Verrückten eine ganz neue Erregbarkeit der mit den Wahrnehmungen

und Vorstellungen verknüpften Gefühle. Quasi schon in statu nascendi verwachsen diese auf parästhetischer Grundlage entstehenden Begleitungsgefühle mit jeder äusseren Wahrnehmung wie mit der Selbstempfindung des Körpers, jeder eine Nota, eine Marke des Absonderlichen, Wichtigen ertheilend, mit besonderer Beziehung zum Ich. Der Kranke fühlt diese Fremdartigkeit der Eindrücke, sucht sie in Zusammenhang zu bringen und nimmt sie ganz natürlich für beabsichtigte Wirkungen.

Allmählig bildet sich der festbestimmte, fixe Wahn heraus, da das Subject in allem dem auf es eindringenden Ungewohnten und Fremdartigen einen sichern Stützpunkt zu gewinnen sucht, von dem aus es jenes bewältigen kann, ganz nach Analogie aus dem gesunden Leben. Die verloren gegangene Objectivität und das Gefühl der Beherrschung der Aussenwelt wird, wenn auch nur scheinbar, wiedergewonnen dadurch, dass Plan, Zusammenhang und Zweckmässigkeit in die Erfahrung gebracht werden. Die Phantasie, auf deren Thätigkeit Hagen besonders Gewicht legt und deren Vernachlässigung bei psychologischer Erklärung psychischer Krankheiten er rügt, füllt schliesslich die etwa noch vorhandenen Lücken im Ring der Erfahrungen aus.

Die Modificationen in der Nerventhätigkeit und Nervensubstanz, die dieses Geschehen begleiten, sind unbekannt. Dass sie vorhanden sind und wir sie nicht nur zu postulieren brauchen, beweisen die verschiedensten und sonderbarsten Sensationen, über welche insonderheit Verrückte klagen. Selten findet man bei ihnen völliges Freisein von körperlichem Unwohlsein. Unbestimmtes Wehgefühl, hypochondrische Zustände, Ermattung und allgemeine Abgeschlagenheit, Gastricismen, örtliche Nervenschmerzen etc. gehen dem Ausbruche des Wahns oft längere Zeit vorher.

Zu dieser einen Grundlage aber kommt nun die Umwälzung im Gemüthsleben hinzu. Es ist ein Verdienst

Hagens ebenso wie vorher Sanders, den Ursprung des Wahns gerade in die Abwegigkeit des Gefühlslebens, die moral insanity im ursprünglichen Sinne des Wortes gelegt zu haben. Die Alteration des Gemüthes ist nicht so eclatant, wie in der Melancholie oder Manie und die Selbstbeherrschung des Kranken, die Unachtsamkeit der Umgebung sowie das Vorherrschen des Wahns lassen sie oft übersehen, aber sie ist immer vorhanden und zwar primär. Frohe oder gedrückte Stimmung, verminderte Arbeitslust, vages Mistrauen, Nachlassen der Liebe zur Frau, zu den Eltern oder Kindern etc. bis zur Abneigung gehend, lassen die Abalienatio sensuum erkennen.

Hagen geht sogar noch weiter. Er glaubt die Erfahrung gemacht zu haben, dass auch späterhin der Wahn meistens nur aus Anlass von Gemüthsaffecten ins Bewusstsein tritt, indem sie auf dem Wege der Erinnerung ähnliche Zustände und dadurch die mit ihnen verknüpften Wahnideen hervorrufen. Der Vorgang ist also danach gerade umgekehrt, wie er wohl sonst angenommen wird. Dass ein Affect immer nothwendig ist, folgt hieraus noch nicht, vielmehr kann er sehr wohl in späteren Stadien zurücktreten, wenn durch Gewohnheit dem Individuum einmal das Eingleiten auf gewisse Vorstellungskreise und Ideen geläufig geworden ist.

Der Wahn ist zunächt immer ein Beeinträchtigungswahn, aber wie Hagen richtig bereits hervorhebt, einer von aussen motivierten Beeinträchtigung, weil gleichsam durch eine Art Naturheilkraft der Selbsterhaltungstrieb erwacht, der hier nicht wie in der Melancholie die Ideen der Selbsterniedrigung und Verdammung zulässt.

Das Uebrige aus der ausgezeichneten Abhandlung kann hier übergangen werden, da es uns nur darauf angekommen ist, die Ansicht Hagens von der Entstehung der Wahnvorstellungen wiederzugeben und in ihr einen bedeut-

samen Schritt vorwärts in der Erkenntnis der paranoetischen Zustände zu gewinnen. So übergehen wir die Erklärungen für die weitere Ausbildung und Befestigung des Wahns durch Zurücktreten der Contrastvorstellungen, durch Verfälschung indifferenter Vorstellungen vermittelst rückläufiger Erfindung von Begebenheiten, die Lehre von den Mitvorstellungen, die Entstehung des secundären Grössenwahns und erwähnen nur noch, dass Hagen die primäre und originäre Verrücktheit schon kennt und einen acuten seltenen und einen chronischen häufigen Wahn unterscheidet.

Es ist oben gezeigt worden, dass Griesinger durch die Arbeit Snells sich von dem primären Auftreten der Verrücktheit überzeugt hatte, und es ist damals auch angemerkt worden, dass Griesinger durch die Namengebung schon anzeigte, dass er bei verschiedener Entstehung dennoch an der Identität des Krankheitsbildes festgehalten hatte. Wir sehen im Jahre 1873 Snell, weil er diese Anschauung durchaus mit der Erfahrung im Widerspruch findet, nochmals auf einer Versammlung der Irrenärzte in Hannover*) das Wort nehmen, um festzustellen, dass auch vom Ursprung und der Entstehung abgesehen in der ganzen Äusserungsweise solche Unterschiede bestehen, dass stets eine genaue Trennung beider Krankheitsbilder möglich ist. Von dem Ausdruck Monomanie ist Snell abgegangen und gebraucht jetzt Wahnsinn als Bezeichnung, wodurch er nach unserer Meinung jener Griesinger'schen Unbestimmtheit und immer noch unrichtige Deutungen zulassenden Terminologie ganz aus dem Wege gehen will, die durch die Herübernahme des Wortes Verrücktheit aus den secundären für die primären Zustände gegeben sind.

Er unterscheidet also jetzt den primären Wahnsinn und zwar in der acuten selteneren Form und in der häufig

*) Allg. Zeitschrift f. Psych. Bd. 30, pg. 319.

chronischen Entwicklung, mit dem Ausgang in terminalen Blödsinn, der aber niemals so stark wird, wie nach Melancholie und Manie oder in Stillstand auf mehr oder weniger weit vorgeschrittenem Stadium. Als Fundament sieht Snell in allen Fällen Hallucinationen an, die er selbst da noch postuliert, wo ihre Beobachtung nicht gelingt. Wir haben durch Hagen bereits gelernt, dass diesen durchaus diese wesentliche Rolle nicht zukommen kann, dass sie nur wie alle anderen Wahrnehmungen auch in den Bereich der Wahnbildung hineingezogen werden. Denn ob dem Wahnsinnigen auf Grund seiner Parästhesien die Objecte der Aussenwelt verfälscht werden oder ob ihm solche quasi fix und fertig durch subcorticale Erregungszustände zugeführt werden, macht in Hinsicht auf die Störung selbst nichts aus.

Unter den secundären oder uneigentlichen Formen des Wahnsinns haben wir bei Snell zuerst den Wahnsinn nach Melancholie. Ihn kennzeichnet der Mangel der scharfen Ausprägung eines Wahnsystems und des consequenten Festhaltens der Verfolgungs- und Ueberschätzungsideen. Er hat etwas Unbestimmtes, Vages, mit Remissionen im Verlauf und endlichem gewöhnlichen Ausgang in psychischen Verfall, wenn auch Besserungen vorkommen.

Der nach Manie noch seltner als nach Melancholie auftretende Wahnsinn ist noch verwischter, die Stimmung noch wechselnder und der Ausgang in Blödsinn noch gewöhnlicher.

In seltnen Fällen kommt es dann noch nach Epilepsie zu secundären Wahnsinnszuständen. Aber auch hier finden wir nur eine äussere Aehnlichkeit mit dem wirklichen Wahnsinn, in unbestimmten Verfolgungs- und Ueberschätzungsideen mit mancherlei Variationen und Combinationen. Das Krankheitsbild ist äusserst wechselnd, die psychische Schwäche wird grösser, terminaler tiefer Blödsinn bildet

den gewöhnlichen Abschluss. Snell stützt hierauf die Ansicht, dass die genannten drei Formen auch hinsichtlich ihrer blossen Erscheinungsweise sich immer von den primären Formen werden unterscheiden lassen.

Dieses einfache Schema Snells kann sich in der Folgezeit nicht halten und erweisst sich bald als ungenügend, den durch weitere Bearbeitung des Stoffes heraufgeförderten Modificationen und selbständigen Unterformen des Krankheitsbildes Aufnahme zu gewähren.

Westphal ist derjenige, der durch seine klare Darstellung und übersichtliche Gruppierung der in Rede stehenden Zustände sich das Verdienst erworben hat, der von Snell, seinen Vorgängern und Nachfolgern vertretenen Anschauung zur allgemeinsten Geltung verholfen zu haben. In dieser Hinsicht ist sein Vortrag vor der psychiatrischen Section der 49. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Hamburg aus dem Jahre 1876 massgebend gewesen.*) Mit seiner Würdigung werden wir das Ende des historischen Theils dieser Skizze erreichen.

Trotz der Arbeiten Snells und Sanders, trotz der Correctur der eignen, ursprünglichen Anschauungen Griesingers scheint sich die neue Lehre bei der Allgemeinheit der deutschen Irrenärzte immer noch nicht hinreichend Bahn gebrochen zu haben, denn Westphal sieht sich zunächst veranlasst, die Ansicht zu bekämpfen, dass die Fälle von primärer Verrücktheit etwas ganz besonderes und nur ausnahmsweise vorkommendes wären. Er stellt deshalb die These auf, dass sich die Verrücktheit niemals aus einer reinen Melancholie odcr Manie entwickle. Hierbei dürfe aber die Hypochondrie als etwas ganz anderes nicht mit jener zusammengeworfen werden. Wir haben in dieser These die schärfste Fassung, der wir überhaupt in der Lehre von der primären und der secundären Paranoia begegnen.

*) Allg. Zeitschrift f. Psych. Bd. 34. pag. 252.

Die Eintheilung der Verücktheit, mit welcher Namengebung Westphal auf Griesinger zurückgeht, ist diejenige, die in der nächsten Zeit grundlegend geblieben ist. Sie geht aus von Entwicklungsmomenten. Sonach unterscheidet Westphal folgendermassen:

1. Die Verrücktheit stellt sich ein auf hypochondrischer Grundlage. Es bilden sich auf ihr zuerst Verfolgungs-, dann Grössenideen heraus. Es ist dieselbe, die Morel als folie hypochondriaque beschrieben hat.

2. Die Verrücktheit hat kein hypochondrisches Vorstadium, sondern spontan (?) treten gleich von vorn herein Vorstellungen mit dem Character der Wahnideen auf, zuerst Verfolgungs-, dann secundäre Grössendelirien, mitunter beide gleichzeitig.

3. Die Verrücktheit entwickelt sich aus plötzlich — anscheinend in voller Gesundheit — mit grosser Gewalt und in grosser Ausdehnung aufspringenden Hallucinationen, meistens des Gehörs. Der Wahn gestaltet sich wie oben.

4. Es folgt die originäre Verrücktheit Sanders, nach dem 2. Modus, nur bereits in früher Jugend sich entwickelnd.

Bei keiner dieser Arten handelt es sich nach Westphal um einen der Melancholie entsprechenden Gefühlszustand mit ihm eigenthümlichen Wahnideen, die in inniger Beziehung zu ihm ständen. Vielmehr soll das Wesentliche der abnorme Vorgang im Vorstellen sein, nur die Sphäre der Vorstellungen soll betroffen sein. (Vergl. dazu namentlich auch No. 2).

Ohne Kritik an die Eintheilung Westphals legen zu wollen, müssen wir eine solche Auffassung der Sache als einen entschiedenen Rückschritt betrachten, da sie nur die Oberfläche der Dinge streift, zumal wir durch Sanders und Hagens vortreffliche Auseinandersetzungen bereits eines Besseren belehrt worden sind. Wir haben dort gesehen, dass gerade auf Grund der Abwegigkeit des Ge-

fühlslebens, der Paraesthesie des Kranken ganz im Allgemeinen, die erste Fälschung des unmittelbarsten Erfahrungswissens zu Stande kommt und der Wahn als solcher durchaus nicht unvermittelt ins Bewusstsein eintritt. Auf diesen ursprünglichen Hergang bei der Wahnbildung geht Westphal gar nicht ein. Man müsste schon das Vorstellen unter den allgemeineren Begriff des Fühlens überhaupt bringen, um der Westphal'schen Ansicht gerecht zu werden, die aber auch dann immer noch das Wesentliche im Unklaren lassen würde. Mit einer Erklärung, dass Wahnideen sich in der Sphäre der Vorstellungen abspielen haben wir gar nichts gewonnen.

Das Bild der Verrücktheit modificiert sich, je nachdem das motorische Verhalten nach der einen oder anderen Seite hin beeinträchtigt ist. Westphal hat die sehr richtige Erfahrung gemacht, die unsere Kenntnis sehr wesentlich bereichert, dass es in gelegentlich hervorbrechenden Raptus bis zu einer Tobsucht (nicht Manie) gesteigert sein kann. Grade diese Beobachtung hätte ihm an seiner sonstigen Ansicht irre werden lassen müssen.

Andererseits kann es in der motorischen Sphäre bis zu einem vollständigen Mangel an Willensimpulsen kommen. Hierher gehören viele der als Melancholia cum stupore beschriebenen Fälle.

In ähnlicher Weise kann das formale Denken von vollständiger Intactheit bis zur Verwirrtheit schwanken. Intellectuelle Schwäche gehört jedenfalls nicht zur Wesenheit der Verrücktheit, wenn sie sich auch im Verlauf meistens einstellt (Griesinger).

Stimmungen, Gefühle, Affekte findet Westphal in Abhängigkeit von dem Inhalt der Vorstellungen (und Sinnesdelirien), resp. von der Art und Weise ihres Auftretens. Es kann auch wohl einmal das Umgekehrte der Fall sein, abnorme Stimmungen und Gefühle können unab-

hängig davon eintreten, aber Westphal gesteht ihnen keine wesentliche Rolle und nur accidentelle Bedeutung zu.

Die Correctur dieser Anschauungen ergiebt sich aus dem bei Hagen und Sander mitgetheilten von selbst. In Bezug auf den Verlauf unterscheidet Westphal den acuten Wahn, der zur Heilung führen kann, den chronischen und den schubweise mit freien Intervallen sich entwickelnden. Wichtig erscheint es ihm, gerade die Heilbarkeit hervorzuheben.

Neben die oben genannten vier Formen stellt Westphal sodann als fünfte seine abortive Form der Verrücktheit, jene Zustände, bei denen in bekannter Weise fremdartige, oft alberne Vorstellungen sich dem Bewusstsein des Kranken aufdrängen. Oft ist es nur ein Gedanke, oft eine Frage, ein Wort oder eine ganze Reihe etc. Der Patient wird sich ihrer als krankhaft bewusst, kann sich dem organischen Zwange ihres Auftretens aber nicht entziehen. In einzelnen Fällen gesellen sich zu diesen Zwangsvorstellungen entsprechende, ebenfalls als krankhaft erkannte und zwangartig erfolgende Handlungen (Zwangshandlungen), deren Unterlassungsversuch zu starker psychischer Unruhe führt. Analog stellen sich schliesslich umgekehrt ebenso zwangsweise erfolgende Hemmungen ein.

Diese von Westphal neu erkannte Form ordnet sich jedenfalls am besten hier ein, wenn man auch mit Schäfer versucht sein möchte, sie nicht ohne weiteres unter die paranoetischen Zustände zu rechnen. Arndt in seinem Lehrbuch bringt sie als Paranoia rudimentaria mit den bekannten Unterformen der Paranoia indagatoria, interrogatoria, tendabunda etc. gleichfalls hier unter, während von Krafft-Ebing ihr unter der Bezeichnung: Geistesstörung durch Zwangsvorstellungen, eine mehr selbständige Stellung bei den Entartungsformen auf neurasthenischer Grundlage giebt, indem er die Analogie mit der Verrücktheit

zugesteht, aber nicht für ausreichend hält, den fundamentalen Unterschied zwischen einem fixen Wahn und einer Zwangsvorstellung auszugleichen. (Lehrbuch pg. 522). Schüle trennt (klinische Psych. pg. 432) die emotiven Zwangsvorstellungen von den nicht emotiven und rechnet nur letztere hierher. Sie führen zu dem Irresein durch Zwangsvorstellungen, sobald sie sich mit einer depressiven oder ängstlichen Gemüthsreaction verbinden oder Zwangshandlungen oder Hemmungen im Gefolge haben (pg. 465) und fallen bei ihm unter das grössere Gebiet des hereditären Irreseins. Schüle kennt auch den Uebergang in richtige fixe Wahnvorstellungen.

Wenn aber Westphal der Ansicht ist, dass auch hier bei seiner abortiven Form der Beginn der Störung nicht in der Gefühlssphäre zu suchen sei, das Angstgefühl vielmehr nur ein begleitendes Phaenomen und erst hervorgerufen sei durch den Zwang des Denkens, so glauben wir auch in diesem Punkt ihm nur in soweit beistimmen zu können, als es sich um die tiefen Emotionen des Gemüthes handelt. Diese mögen erst secundär durch den Zwang zu solcher Intensität sich entwickeln, das Ganze in seiner Wechselwirkung würde dann den bekannten Circulus vitiosus darstellen, den Ursprnng aber werden wir ebenfalls in das Abwegige und Fremdartige der Gefühle zu verlegen haben, wie dies für die Wahnvorstellungen geschehen ist. Denn anders bleibt es unerklärlich, woher gerade der organische Zwang in den Vorstellungen rühren sollte, für den in diesen an sich durchaus nicht die Begründung gefunden werden kann, ebenso wenig, wie in den Wahnideen an sich irgend etwas liegt von der Unumstösslichkeit und Gewissheit, die ihnen bei ihren Trägern doch thatsächlich innewohnt.

Ausserdem kommt hinzu, dass wir bei der Betrachtung der Individuen in ihrer Gesammt-Erscheinung, meistens bald

gewahr werden, dass wir es mit Leuten zu thun haben, die auch sonst in ihrem Verhalten vielfach aus der Breite der Gesundheit heraustreten. Wir haben „mystisch oder romantisch angehauchte Naturen vor uns, die gern dem Zug ihrer Gedanken folgen, sich in Träumereien und dem Aufbauen von Luftschlössern gefallen, die darüber, was das Leben erfordert, vernachlässigen und nicht selten sogar das Nöthigste versäumen, weil sie nicht im Stande sind, der Gewalt, dem Zwange, mit welcher diese Neigung auftritt, Widerstand zu leisten und sich zu überwinden. Die Moral insanity aber, an welcher sie alle leiden, wird damit gerade bewiesen". (Arndt).

Wir haben im Verlaufe der Darstellung einzeln die Männer kennen gelernt, denen wir die Erkenntnis oder besser gesagt, die Rehabilitierung der Erkenntnis der primären Paranoia verdanken. Es sind nach kurzer Erwähnung Zellers, Jacobis, Flemmings und Kahlbaums, besonders die Verdienste Snells, Sanders, Griesingers, Hagens und Westphals hervorgehoben und ein Versuch ihrer Würdigung im einzelnen gemacht worden. Verfasser hat es sich dabei auch nicht versagen können, einzelne der stricten Fassung des Themas ferner liegende Dinge, wie namentlich die verschiedenen Ansichten von der Entstehung der Wahnvorstellungen überhaupt, mit in den Kreis der Betrachtung zu ziehen, soweit sie zeitlich mit den übrigen Untersuchungen zusammenfallen.

Es ist in dieser Arbeit nur die Aufgabe zu lösen gewesen, die Entwicklung der Begriffe bis zum dem Zeitpunkte zu verfolgen, von dem aus wir endgültig die Anerkennung der primären Paranoia datieren können. Dieser Zeitpunkt ist mit dem Vortrage Westphals erreicht und der Kundige wird es dem Anfänger nicht verargen, wenn er darauf verzichten zu müssen glaubt, auch allen späteren Auffassungen, Modificationen und Erweiterungen gerecht

zu werden. Handbücher, die über den gegenwärtigen Stand der Frage bis ins einzelste berichten, sind in Jedermanns Hand.

Nur auf eins kann der Verfasser nicht umhin, noch einzugehen. Als anhänglicher Schüler seines hochverehrten Lehrers Arndt möchte er es sich nicht versagen, im Lichte seiner Theorie noch einmal einen Rückblick über die bisher geschilderten Zustände zu halten.

Bei Zeller-Griesinger ist ausführlich ihrer Lehre von der genetischen Zusammengehörigkeit aller psychischen Krankheiten gedacht worden. Sie suchte uns die verschiedenen Formen nur als Elemente und Stadien eines einzigen Krankheitsprocesses zu zeigen und die Hartnäckigkeit, mit der diese Anschauungen zu Ungunsten der Selbständigkeit unsrer primären Paranoia festgehalten wurden, dürfte, um eine psychologische Erklärung herbeizuziehen, nicht zum wenigsten auf der Befriedigung beruhen, die der forschende menschliche Geist empfindet, wenn er in einer Fülle der Erscheinungen ein durchgreifendes, sie zur Einheit verschmelzendes Gesetz gefunden zu haben glaubt. Der Drang nach Erkenntnis ist verschieden, nach Intensität und Extensität. Den einen lässt das vorwiegend analytische Denken mehr die Unterschiede der Dinge sehen, die einer Vereinigung widerstreben, während die Synthesis den andern drängt, das gemeinsame Band wiederherzustellen und die disjecta membra auf's neue zu sammeln. In gleicher Anstrengung und mit gleichem Anspruch auf Wichtigkeit arbeiten beide an der Förderung der Wahrheit, am besten allerdings, wenn sie in gegenseitiger Ergänzung sich in einem einzigen Kopfe vereinigt finden.

So haben Ritter, Pflüger, Wundt, Brenner und Erb uns die Zuckungsgesetze des gesunden, ermüdeten und absterbenden Nerven gegeben. Zeller-Griesinger hat uns gelehrt, die psychischen Krankheiten von einem

einheitlichen Gesichtspunkte aus aufzufassen. — Arndt nun hat das grosse Verdienst, indem er jenen Gesetzen das menschliche Denken und den Ablauf alles psychischen Geschehens überhaupt unterwarf und damit auch seine Abweichungen vom Gesunden, mit denen wir es in der Psychiatrie zu thun haben, eine Theorie der Geistesstörungen geschaffen zu haben, die nicht nur als eine Abstraction aus der klinischen Beobachtung dasteht, sondern diese uns als festgegründet auf durchgreifenden Gesetzen im Nerven und Seelenleben nachweist. Demgemäss haben wir in der initialen Melancholie einer typischen Vesania oder paralytica progressiva die Reactionsweise des einfach ermüdeten Nerven vor uns mit seiner relativen Steigerung bei absoluter Verminderung der Erregbarkeit, in der Manie das erste Stadium des absterbenden Nerven beziehungsweise psychischen Organes mit der noch fortdauernden Steigerung der Erregbarkeit, die in der secundären Melancholie und im Stupor dem zweiten Stadium des absterbenden und der Reaction des erschöpften Nerven Platz macht mit Verminderung bis Erlöschen der Erregbarkeit. Nach Analogie der grossen Mannigfaltigkeit in den Erscheinungen des Zuckungsgesetzes haben wir auch in den einzelnen Psychosen Ungleichmässigkeiten in Dauer, Verlauf und Intensität der einzelnen Stadien, so dass bald das eine, bald das andere mehr in die Erscheinung tritt und dem Beschauer imponiert.

Sollte nun die durch Westphal und seine Vorgänger vollzogene Aussonderung der Paranoia aus dem Rahmen der übrigen Psychosen, abgesehen von der klinischen Berechtigung der Aufstellung des Krankheitsbildes, in der That auch in einer von Grund aus verschiedenen Reactionsweise eines kranken Gehirns gestützt sein? Wir glauben, mitnichten. Vielmehr haben wir nach Arndt in diesen

scheinbar atypischen Störungen gleich von vornherein die Reaction des erschöpften und absterbenden Nerven zu sehen.

Eins kommt hinzu, das geeignet ist, uns anschaulich zu machen, warum es hier gleich zu den Erscheinungen des tief geschädigten und beeinträchtigten Nervenlebens kommt. v. Krafft-Elbing reiht die Zustände der Paranoia unter die psychischen Entartungen ein. Man findet durchgehends die sogenannte neuropathische Constitution mit jener reizbaren Schwäche, die in der prädisponierenden Wirkung auf psychische Erkrankung eine so grosse Rolle spielt. Wir sehen eine geringe Widerstandsfähigkeit und abnorm leichte Erschöpfbarkeit des centralen Nervensystems, die die cerebralen und psychischen Erscheinungen theils in krankhafter Stärke, theils in verkümmerter und perverser Weise zu Tage treten lässt. (Lehrbuch, 3. Aflg. pg. 422.)

Einen ähnlichen Platz weist Schüle ihnen an, indem er sie als die Psychosen eines invalide gewordenen Gehirns mit prädisponierender, angeborener, unzureichender Anlage resp. sogar defecter organisch-psychischer Anlage denen des rüstigen Gehirns gegenüberstellt. (Klin. Psych. pg. 11 sq.)

Dasselbe geschieht bei Arndt mit noch grösserer Betonung der erblichen degenerativen Belastung und disponierenden Anlage.

Wenn wir uns dies vergegenwärtigen, so werden wir es in den Thatsachen begründet finden, weshalb in dem einen Falle eine typische Psychose mit dem ganzen Sturm und der ganzen Aufwühlung des Seelenlebens in seiner Totalität sich entwickelt und entweder in Genesung oder secundäre Schwäche endigt, oder im andern Falle von vornherein nur die Erscheinungen der sogenannten atypischen Störungen (Arndt) sich zeigen, in ihrer Dauer meistens über weit längere Zeiträume sich erstreckend, in ihrer Intensität und Extensität nicht so heftig (partielle Verrücktheit, Monomanie), aber dennoch mit viel schlechterer Prog-

nose behaftet, weil schliessliche Verblödung die Regel ist. Zu einer regelrechten Vesania ist die dazu immer noch erforderliche Kraft und Resistenzfähigkeit nicht vorhanden gewesen. Diese braucht ein relativ noch reactionsfähigeres und leistungsfähigeres Nervensystem zur Grundlage, wenn wir mit Schüle auch nicht von ihr als der Psychose eines rüstigen Gehirns mit organisch-psychischer Vollentwicklung sprechen möchten.

Ziehen wir eine durch Arndt uns an die Hand gegebene bildliche Darstellung heran und stellen wir uns den Ablauf des normalen in der Breite der Gesundheit verbleibenden psychischen Lebens als eine Curve vor mit leichten über ein beschränktes Maas nicht hinausgehenden Erhebungen und Senkungen auf bald hellerem, bald dunklerem Hintergrunde, der im wesentlichen aber beständig bleibt oder doch nur sanfte Uebergänge kennt; so haben wir in der typischen Vesania und in der progressiven Paralyse namentlich der rapida bei jüngeren Leuten die gewaltigen, aber wenigen Zuckungen eines ermüdenden Nervensystems vor uns auf einem schnell vom Dunkel bis zum Hell wechselnden Hintergrunde des Gemüthes. Die Zuckungen werden geringer, der Hintergrund wird gleichmässiger und die Curve läuft entweder in die des normalen Lebens aus oder in die gerade Linie terminalen Blödsinns, d. h. der Nerv erholt sich oder erlahmt und stirbt ab.

Anders bei den atypischen Seelenstörungen. Hier haben wir nicht die gewaltige Zuckung des Anfangs, sondern die Curve setzt mit kleineren nicht so hoch ansteigenden und nicht so tief abfallenden Schwankungen ein, der Hintergrund wechselt ebenfalls in stärkeren Farben, wenn auch nicht so schroff, aber wir haben eine lange Kette solcher Zuckungen vor uns, die von mannigfaltiger und ungleichartiger Beschaffenheit, mit intercurrierenden Pausen der anscheinenden Erholung des Nervensystems,

schliesslich dennoch mit einem langsameren aber um so sichereren endlichen Verfalle, d. h. dem Absterben und der Erlahmung in gerader Linie endigen.

Und hier nun knüpfen wir den letzten Punkt unsrer Betrachtung an. Es liegt eine primäre Paranoia vor (Westphal) und eine secundäre, die nach Melancholie und Manie als Schwächezustand verblieben ist. Nach oben angegebenem Schema versinnbildlichen wir uns den Verlauf beider an zwei Curven, die zum Schluss in gleicher Weise in terminalen Blödsinn auslaufen sollen.

Aber von der initialen Zuckung in der einen abgesehen, werden wir einen durchgreifenden Unterschied nicht entdecken. Dieselben geringeren Schwankungen der Curve zeigen sich im einen wie im andern Falle, mit demselben Wechsel des Hintergrundes, entsprechend dem Wechsel der Stimmung und der Affecte. Möglich, dass in der Linie der primären Paranoia die Zuckungen anfänglich noch ergiebiger und häufiger sind, womit sie sich wiederum mehr der einer Vesania nähern würde, die ganze Curve mag auch länger sein, aber je weiter beide fortschreiten, um so mehr wird die Uebereinstimmung deutlich werden und schon lange vor dem eigentlichen abschliessenden Stadium eine solche Vollständigkeit erreichen, dass eine Trennung überhaupt nicht mehr möglich ist.

Die Uebersicht, die Verfasser an einem solchen Schema zu geben sich bemüht hat, ist ja etwas summarisch und und wird nicht den Anspruch machen können, jedem einzelnen Fall im kleinsten zu genügen. Am besten wird es wohl gelingen bei den primären und secundären Fällen von Paranoia leichteren oder nur mässig schweren Grades. Wenn man aber die vielleicht auf mehrere Individuen vertheilten Stadien des Verlaufs zusammenträgt, die bessere Erhaltung des Intellects in der primären Paranoia weniger als die Gesammt-Persönlichkeit berücksichtigt, so wird es

nicht schwer fallen, die Uebereinstimmung an der Hand des Zuckungsgesetzes wieder zu finden und damit die einheitliche Betrachtung aller psychischen Abweichungen wieder zu gewinnen. Nur hierauf ist es dem Verfasser im letzten Abschnitt angekommen, nicht darauf, die Verdienste oben erwähnter Forscher wieder rückgängig machen zu wollen. Die Sonderung des klinischen Krankheitsbildes der primären und secundären Paranoia soll damit nicht angetastet werden.

## Krankengeschichte I.

Frau Auguste E., 45 Jahre alt und aus einem Städtchen der Nachbarschaft Greifswalds gebürtig, ist verheirathet gewesen mit einem kürzlich verstorbenen herrschaftlichen Gärtner in ausreichend guten socialen Verhältnissen. Ihre Mutter soll gemüthskrank gewesen sein. Sie selbst ist eine Frau von hagerer, graciler Figur mit schwach entwickelter Muskulatur und geringem Panniculus adiposus. Als äusseres Stigma degenerationis besitzt sie ein ausgesprochenes Caput progenaeum. Weitere Stigmata sind nicht bemerkbar, wenn man nicht einen starken Strabismus convergens des linken Auges mit gleichzeitiger starker Myopie dahin rechnen will. Die Pupillen sind gleich gross und reagieren normal. Der Blick der kleinen grauen Augen ist hart und stechend und von nervöser Unruhe.

Der Strabismus soll nach der Erkrankung an Masern im 6. Lebensjahre zurückgeblieben sein. Eine später gemachte Operation desselben hat keinen Erfolg gehabt.

Im 17. Lebensjahre wurde Pat. stark chlorotisch und gebrauchte Eisentropfen. Im Alter von 29 Jahren machte sie eine Pneumonie durch. Die Menstruation trat zum ersten Male im 16. Jahre auf und wiederholte sich seitdem regelmässig.

Die Erziehung des Geistes wurde in der Jugend ver-

nachlässigt, weil Patientin während der langjährigen Krankheit der Mutter den Schulunterricht viel versäumen musste. Dafür wurde sie von der Mutter sehr zu religiösen Uebungen herangezogen, wofür sie eine dementsprechende Empfänglichkeit bekundete und eine fleissige Besucherin der Kirche wurde.

In ihrer Ehe wurde Patientin Mutter von sieben Kindern, die alle ohne Kunsthülfe und leicht geboren wurden und deren Stillung die Mutter selbst übernahm, mit Ausnahme des dritten, das sie wegen der in der linken Seite auftretenden Schmerzen im 3. Monat von der Brust absetzen musste. Diese Schmerzen, die im 3. Wochenbett sich eingestellt hatten, exacerbierten bei jeder nachfolgenden Schwangerschaft und sollen nach dem Glauben der Patientin Ursache eines Genickkrampfes (?) gewesen sein, an dem sie vor 8 Jahren erkrankte und der unter der Behandlung mit Morphium in vierzehn Tagen verschwand. Wegen der mannigfachsten hysterischen Beschwerden musste die Patientin sehr oft ärztliche Hülfe in Anspruch nehmen.

Das letzte Kind gebar Patientin im Jahre 1885. Während dieser letzten Schwangerschaft fühlte sie sich fast fortwährend krank, litt an aufsteigender Hitze, Kopfschmerzen und grosser allgemeiner Nervosität. Von der Zeit dieser Schwangerschaft datiert Patientin selbst den Beginn ihres Leidens. Die schmerzhafte Affection in der linken Seite, der Spott und Hohn der Leute über ihre Frömmigkeit und Religiosität wirkten dabei nach Meinung der Patientin als Ursache. Sie wurde bettlägerig, musste viel schreien und weinen, wenn ihr nicht Gelegenheit gegeben wurde, sich in anderer Weise auszusprechen.

Allmählig stellte sich hartnäckige Schlaflosigkeit ein. Es machte sich ein Misstrauen gegen den Mann bemerkbar, weil er angeblich sein Betragen zur Patientin änderte, nicht mehr so gut zu ihr wäre, wie früher und durch Hart-

herzigkeit und Kränkungen dazu beitrüge, ihr Leiden zu verschlimmern.

Sie gefiel sich darin, die Verachtete und Verkannte zu spielen, deren Mitleid mit andern Menschen mit Undank belohnt würde. Zu dem Misstrauen gegen den Mann gesellte sich das Misstrauen gegen die übrigen Menschen, von denen er bevorzugt und dadurch von ihr abgezogen würde, während man sie hintenansetzte. Trotz dieses Misstrauens wurde sie gegen ihre Umgebung zunächst nicht aggressiv, sondern blieb im allgemeinen noch verträglich. Die Nahrung verweigerte sie nicht, trotzdem der Appetit sich stark verminderte.

In ihrem Krankheitsgefühl ging sie von Hause fort, um in Greifswald Hülfe zu suchen, kam in die hiesige Anstalt mit dem Bewusstsein nervenschwach zu sein und in der Hoffnung, dass die Ruhe ihr dort gut thun und ihr die Gesundheit wiedergeben würde.

Patientin wurde am 10. December 1885 aufgenommen und fühlte sich zunächst wohl. Sie glaubte eine gute Wirkung der Behandlung zu verspüren, sie schlief wenn auch oft unruhig doch im ganzen befriedigend, der Appetit hob sich. Dann aber bekam sie Heimweh, bat zu ihren Kindern gelassen zu werden, weinte viel und wurde mürrisch. Dem Arzte machte sie Vorwürfe, dass er sie festhielte, während daheim ihre Wirthschaft schlecht ginge. Die Stimmung wechselte oft und sehr schnell und ging in vollständige Aufregungszustände über.

Auf Wunsch des Ehemannes musste Patientin am 23. December entlassen werden, gelangte aber am 1. Januar 1886 bereits wieder zur Aufnahme. In der Zwischenzeit verhielt sie sich zu Hause sehr unverträglich und aufgeregt. Schon auf der Rückfahrt hatte sie sich sehr ungeberdig gezeigt, weil sie wieder unter ihre früheren Feinde gehen müsste. Daheim wollte sie die Schwester

des Mannes, die bis dahin die Wirthschaft versehen hatte, sofort aus dem Hause geschafft wissen. Die Vorstellungen ihres Mannes nahm sie höchst übel auf und warf ihm Lieblosigkeit und Undankbarkeit vor.

In den Feiertagen besuchte sie wiederum die Kirche sehr fleissig und benutzte überhaupt jeden Augenblick dazu, ihrer Frömmigkeit nachzugehen. Dem Pastor lief sie das Haus ein, um dort Klage gegen ihren Mann zu erheben. Sie wurde immer unruhiger und verliess, ohne Jemand davon in Kenntniss zu setzen, plötzlich G. und reiste nach Stettin, um bei Verwandten Ruhe zu finden. Ihr Mann eilte ihr nach und brachte sie durch vieles Zureden wieder dahin, sich auf's neue in die Anstalt aufnehmen zu lassen.

Nach ihrer Aufnahme verblieb Patientin in sehr wechselnder Stimmung. Auffällig war eine stark hervortretende Neigung zur Rechthaberei. Wenn man ihr nachgab wurde man ihr Freund, trat man ihren Launen auch nur im geringsten entgegen, so wandelte sich die Freundschaft in Feindschaft um. Je nachdem man die Rolle wechselte, konnte man dies täglich an ihr erfahren.

Die Zumuthung einer exploratio per vaginam brachte Patientin in die allergrösste Erregung, die in Toben, Schreien und Weinen sich Luft machte. Nichtsdestoweniger liess sie sie kurz darauf willig über sich ergehen, nachdem ihr in möglichst schonender und rücksichtsvollster Weise die Nothwendigkeit klar gemacht worden war. Sie äusserte die besten Vorsätze, ruhig und vernünftig zu werden und immer heiter und freundlich zu sein. Im Ganzen wendete sich das Befinden der Patientin überhaupt eine Zeit lang der Besserung zu. Das Verhalten wurde ruhiger und weniger wechselnd und Klagen gelangten nur hin und wieder zur Äusserung. Die Rechthaberei und Zanksucht trat mehr zurück und die Besonnenheit kehrte sogar soweit

wieder, dass Patientin die Unrichtigkeiten ihrer Behauptung zugab und ihre Rechthaberei als einen Ausfluss ihres Leidens anerkannte.

Am Ende des Januar schlug die Stimmung wieder um, Patientin wurde erregt, schrie laut, tobte und verfluchte den Herrn Professor Arndt als den Urheber ihres Leidens und wollte nach Hause entlassen werden. Von da an blieb das Benehmen ausserordentlich wechselnd. Nach einigen ruhigen Tagen traten im Anschluss an die Menstruation Erregungszustände ein, so das Patientin die Bettruhe verweigerte, sich nicht entkleiden lassen wollte und vor Wuth weinte und heulte. Sie wurde in ihren Launen und Stimmungen unberechenbar. Bald lobte sie ihre Medicin, bald schimpfte sie über dieselbe, bald wollte sie täglich gebadet sein, weil die Bäder ihr gut bekämen, bald sträubte sie sich mit aller Macht dagegen, weil sie ihr nur Hitze verursachten. Nach kurzer wieder eingetretener grösserer Ruhe steigerte sich die Erregung zu vollständigen, ausgebildeten Raptus, in denen Patientin auch ausfallend und thätlich gegen ihre Umgebung wurde. Dann war sie wieder äusserst heiter uud vergnügt, bald ingrimmig, niedergeschlagen, verbissen und beständig von ausserordentlicher Reizbarkeit. So blieb sie den Februar und März hindurch. Im April wurden die Ruhepausen länger und die Ausbrüche ihrer Erregungen weniger heftig. Patientin legte sich sichtlich eine grössere Zurückhaltung auf und liess sich leichter beruhigen. Nur nach der Mittheilung von dem Tode eines ihrer Kinder wurde Patientin einige Tage lang sehr traurig und aufgeregt, weinte viel, um allmählig erst wieder in ein ruhiges Geleise zu kommen. Sie konnte am 24. Mai 1886 nach Hause entlassen werden.

Die Wiederaufnahme der Patientin musste am 3. Januar 1887 erfolgen. Patientin war sehr schwach, ab-

gemagert und heruntergekommen. Der Strabismus sehr stark, der Schlaf sehr schlecht, der Appetit mangelhaft, der Stuhlgang angehalten. Das Körpergewicht betrug nur 99 Pfund.

Nach ihrer Entlassung hatten sich ihre Erregungszustände sofort wieder eingestellt. Ihrem Vorstellungskreis drängten sich besonders religiöse Ideen und Phantasmen auf. Briefe religiösen überspannten Inhalts wurden an den Pastor gerichtet, in denen ein salbungsvoller Ton herrschte und die von biblischen Citaten strotzten. Auffallend war in ihnen der Mangel logischen Zusammenhangs, das unmotivierte bis zur Verworrenheit gehende Abspringen von einem Gegenstand zum andern. Die eigentlichen Pflichten wurden natürlicherweise über diesen Bethätigungen einer Himmelsbrautschaft vernachlässigt. Die Wirthschaft wurde verloddert, der geplagte und wohl zu schwache Mann bekam nichts zu essen, dafür desto mehr Schläge und Schimpfworte und Vorwürfe über seinen Undank. Den Kindern erging es nicht besser. Nach Schilderungen unterrichteter Personen musste die Frau ihre Angehörigen wie auch schon in früherer Zeit in geradezu satanischer Weise maltraitiert haben. Die nothwendigste Habe wurde in perversem Mitleid an Bettler und Vagabunden weggegeben. Die Gutsherrschaft hatte ihr abgelegte Kleidungsstücke für sich und die Kinder überlassen. Die wohlmeinende Pfarrersfrau machte ihr gelegentlich Vorwürfe über ihren Hochmuthsteufel und empfahl ihr Demuth. „Ob es denn nicht Demuth genug wäre, wenn sie die Lumpen der Herrschaft trüge", war ihre Antwort. Jene Frau sowohl als die Gutsherrin wurden von der Patientin des unerlaubten Umganges mit ihrem Mann bezichtigt und dieser in der unsinnigsten Weise mit Eifersucht geplagt, während die eignen, nicht gerade verfänglichen Reize in wiederholten Briefen dem Gutsverwalter bereitwilligst zur Verfügung gestellt wurden.

Da es sonach schliesslich zur Unmöglichkeit wurde, die Patientin in der menschlichen Gesellschaft zu halten, wurde sie der Anstalt wiederum übermittelt.

Hier suchte man sie zunächst ruhig im Bett zu halten und vor allem in der Ernährung zu heben. In den ersten Tagen war Patientin noch stark erregt und schob in ihrem Beeinträchtigungswahn ihrem Manne und der Gutsherrschaft die Schuld an ihrer neuerlichen Aufnahme ins Irrenhaus zu. Dann beruhigte sie sich einigermassen und es kam soviel Klarheit über sie, dass sie offen von ihrer Schuld sprach, von ihrem unrichtigen Benehmen und unfreundlichen Betragen gegen ihrem Mann und ihre übrigen Angehörigen. Auch ihre zeitweise Verwirrtheit und Geistesabwesenheit gestand sie ein. Der Schlaf wurde besser und ebenso regelte sich der Appetit und die Verdauung.

Gegen Ende des Monats wurde die Misstimmung dann wieder grösser, im Anschluss an einen cardialgischen Anfall und schmerzhaften mit Tenesmus verbundenen Stuhlgang, bei dem Patientin sich durch unvernünftiges Pressen eine spontan wieder zurückgehende Senkung des Uterus zuzog. Einen üblen Einfluss übte auch die Menstruation aus.

Derselbe leicht aus den geringsten Anlässen eintretende Wechsel der Stimmung und des Verhaltens zur Umgebung dauerte auch im folgenden Monat an. In den ersten Tagen ruhig und heiter gerieth die Patientin durch die Nachricht von der schweren Erkrankung eines ihrer Kinder in grosse Traurigkeit und gemüthliche Depression. Bald schlug dann auch diese Stimmung wieder um in Aufregung, Verdriesslichkeit und Eigensinn. Den Grund ihrer Unbilden suchend, fand sie ihn natürlicher Weise nicht bei sich, sondern klagte ihren Mann, ihre Gutsherrschaft, selbst den Professor der Schuld an ihrem Unglück an. Gegen ihre

Mitpatienten, die sie zu beruhigen versuchten, wurde sie ebenfalls in beleidigenden Ausdrücken aggressiv.

Zwischen dem allen traten dann auch wieder Elaborationen religiösen Inhalts auf, in denen Patientin sich als die von Gott Bevorzugte und Begnadete hinstellte und darlegte, dass dieses Unglück mit ihrem Kinde ihrem Manne zur Strafe zu Theil geworden sei, um ihn zur Besserung und zur richtigen Einsicht in sein Unrecht zu bringen. So erzählte sie eines Tages eine Geschichte davon, wie Christus einmal einem schlechten Manne eine gute Frau gegeben hätte. So ginge es auch ihr, war natürlich ihre Nutzanwendung.

Als der Patientin der Anfangs März eingetretene Tod ihres Kindes mitgetheilt wurde, wurde sie äusserst traurig und erregbar. Bald weinte sie über ihr Unglück, bald klagte sie ihren Mann, bald den Professor, dem Gott sein schlechtes Handeln schon vergelten würde, bald alle Welt überhaupt als Urheber ihres Missgeschicks an. Daneben verlor sie sich dann auch wieder in Gottvertrauen und Zuversicht auf göttliche Hülfe.

Somatische Erscheinungen stellten sich ein, insofern Patientin über krampfartige Schmerzen klagte, die vom Magen durch den Rücken zum Kopfe hinzögen, über Druck und Völle im Abdomen und über starke Verstopfung und heftige Schmerzen bei der Defäcation. Die Untersuchung ergab einen leichten Katarrh der Portio vaginalis, doch normale Stellung und Lage des Uterus. Die Schleimhaut des Mastdarms war geschwellt und im Zustande des Katarrhs. Die dagegen eingeleitete Therapie empfand Patientin als erniedrigend und das Schamgefühl verletzend und war der Ansicht, dass man nur den Zweck verfolge, sie damit zu peinigen.

Ein an den Pastor ihres Heimathsortes gerichteter Brief war voll von den übertriebensten religiösen Vor-

stellungen und Redensarten. Durch dieses Briefschreiben versetzte sich Patientin in einen vollständig verzückten und seligen Zustand und verstieg sich in der Folge zu der Aeusserung, dass ihr an jedem Freitag in der Woche eine Offenbarungsstunde zu Theil würde.

In Begleitung mannigfacher Wahnideen hatte Patientin im Mai oftmals starke Erregungszustände. Eine der Ideen bestand in dem Glauben, dass die Oberwärterin mit ihrem Manne durchgegangen wäre. Eines Morgens machte Patientin dann einen Fluchtversuch. Erst am Abend fand man sie vor in einer entlegenen Kammer. Als Grund gab sie ihre Angst an, die sie in der letzten Zeit befallen und in der Nacht sich so gesteigert hätte, dass es ihr nicht möglich gewesen wäre, länger auszuhaten. Heimweh und das Verlangen Kinder und Mann wiederzusehen und sich mit ihnen auszusprechen, wären die Ursachen gewesen.

Auch im Juni blieb Patientin dieselbe, wie früher, verlangte unaufhörlich aus der Anstalt entlassen zu werden, weil sie immer kränker würde und es nicht mehr darin aushalten könnte. In ihren Briefen herrschte immer derselbe Eigendünkel, dieselbe Frömmelei und Ueberzeugtheit von der eignen Tüchtigkeit, der eignen Rechtschaffenheit und dem Unrecht Anderer. Nachts verliess Patientin oft das Bett, um auf den Knieen liegend zu beten. Ihre Entlassungsgesuche motivierte sie damit, dass ihre Kinder von der Tante daheim schlecht behandelt würden. Der Gram darüber würde ihr noch das Herz brechen. An einem erneuerten Fluchtversuch konnte Patientin noch rechtzeitig gehindert werden.

Patientin kam im Monat Juli recht herunter, das Körpergewicht, dass seit der Aufnahme in die Anstalt auf 110 Pfd. gestiegen war, sank bis auf 100 Pfd. Sie klagte über allerhand körperliche Beschwerden, Zahnschmerzen, Herz-

klopfen, Cardialgien. Das Essen schmeckte ihr nicht, der Appetit wurde recht mangelhaft.

In den Briefen, die man die Patientin reichlich schreiben liess, zeigte sich keine Aenderung der verkehrten Anschauungen: „Sie hätte sich stets nur auf den lieben Gott verlassen und nicht anders als nach seinen Befehlen gehandelt, unbekümmert um die Meinung der Menschen. Sie könnte der festen Zuversicht sein, stets nur das Rechte gethan zu haben. Gott müsste man mehr gehorchen, als den undankbaren Menschen", — solche und ähnliche Sätze konnte man immer wieder in ihren Schreibereien finden, die oft rein aus solchen Selbstberäucherungen bestanden, ohne eine Spur einer Andeutung davon, dass auch bei ihr einmal Schuld gewesen sein könnte, während sie notorisch doch ihren Mann und ihre Kinder auf's äusserste gequält hatte, allerdings vielleicht mitunter in der Absicht, ihnen Gutes zu thun, dafür aber auch vollständige Unterordnung und Zufriedenheit mit dem Dargebotenen heischend, ohne Verständnis dafür, ob solches Wohlthun mit dem härtesten Egoismus im Hintergrunde auch wirklich beim Empfänger die gewünschte Wirkung erzielen könne. Zum Theil tritt in den Briefen auch eine viel bedeutendere Verworrenheit zu Tage, als man nach der äusserst gewandten und spitzfindigen mündlichen Ausdrucksweise hätte erwarten sollen.

Anfangs September wurde abermals ein Fluchtversuch gemacht. Patientin entwich durch eine offengelassene Thür auf den Bodenraum und wurde später hinter der Regentonne aufgefunden. Nach ihren späteren Angaben war sie dabei von der Erwägung geleitet worden, dass man sie nicht entdecken würde, wenn Gott ihr Entkommen zu den Ihrigen zugeben wollte, dass sie aber auch andernfalls ruhig zurückkehren würde. Nichtsdestoweniger setzte sie sich jedoch mit heftigem Geschrei und Thätlichkeiten ihrer Zurückführung in die Anstaltsräume entgegen, so dass, als

ihre Erregung auch Nachts in Thätlichkeiten ausartete, der Isolierstuhl in Anwendung gebracht werden musste.

Das Körpergewicht nahm in der Folgezeit wiederum bis 104 Pfd. zu. Die Aufregung der Patientin zeigte sich am stärksten an den Sonntagen, weil sie dann ihren Mann erwartete. Die in Folge ihrer Klagen über Schmerzen im Unterleib vorgenommene Exploration ergab eine Schwellung im linken Parametrium, die auf Druck empfindlich war und in geeigneter Weise behandelt wurde.

Die Verrücktheit zeigte im November und December Fortschritte. So hetzte Patientin in einem ihrer Briefe ihre Kinder bereits gegen den Vater auf. Der Beeinträchtigungswahn griff ebenfalls um sich. Der sie früher behandelnde Arzt hätte ihr einen aufregenden Wein gegeben. der ihre Krankheit verschuldet hätte. Der Herr Professor hielte sie nur zurück, um sich an ihren Qualen zu vergnügen und wollte sie nicht entlassen, um dies Vergnügen nicht entbehren zu müssen, er wäre ein hartherziges Scheusal etc.

Am 10. December gelang es der Patientin wirklich auf eine unerklärte, jedenfalls äusserst entschlossene und raffinierte Weise aus der Anstalt zu entweichen. Sie nahm ihren Weg durch den Frauen-Garten über dessen Mauer herüber und dann weiter nach Hanshagen, einem 2 Meilen von Greifswald entfernten Dorf, wo sie Verwandte besass. Diese kamen am andern Tag und berichteten, dass Patientin um 2 Uhr Nachts bei ihnen angelangt wäre. Wahrscheinlich durch die vernünftige Sprechweise derselben getäuscht, erklärten die Leute, die Patientin bei sich behalten und die Rückkehr nicht zulassen zu wollen. Die Entlassung wurde gewährt, aber Patientin musste sich wohl schleunigst unmöglich gemacht haben, denn am 17. Dezember wurde sie bereits der Anstalt wieder zugeführt.

Patientin war dann in der Folgezeit eine recht unangenehme Kranke für das ganze Haus. Ueberall suchte sie unter

ihren Mitpatienten Zwiespalt und Misstrauen gegen Arzt und Wartepersonal zu erregen. Ein Unrecht konnte sie niemals in ihrem Thun erblicken, vielmehr verblieb sie beständig bei der Ueberzeugung von ihrem guten Recht dazu. In ihren Erregungszuständen ging sie zu Thätlichkeiten über, schlug die Wärterin mit der Faust ins Gesicht, um hernach wieder über schlechte Behandlung zu klagen und den Herrn Professor verantwortlich für den Unfrieden zwischen ihr und ihrem Mann zu machen, weil er zum Manne gesagt hätte, dass ihr Körper alt und unbrauchbar und sie demnach für ihn nichts mehr nutze wäre.

Die schwere Erkrankung und der Tod des Kaisers Wilhelm erfüllten die Patientin mit grosser Freude. Dann wäre der Krieg zu erwarten, der Feind käme in's Land, um alle Irren- und Gefangenhäuser zu öffnen.

Zeiten grösserer Ruhe wechselten mit Zeiten der Erregung ab. Am 25. April 1888 wurde Patientin nach Hause entlassen, in Uebereinstimmung mit dem Wunsche ihrer Angehörigen.

Am 20. März 1890 wurde die Patientin zum 4. Male der Greifswalder Anstalt wieder zugeführt.

Eine Besserung war in der Zwischenzeit nicht eingetreten, vielmehr hatten die Wahnideen an Deutlichkeit und Umfang gewonnen. Daheim hatte Patientin fortwährend Briefe religiös-schwärmerischen Inhalts an den Pastor des Ortes geschrieben, in denen sie sich als die Begnadete und von Gott ausgezeichnete Persönlichkeit hinzustellen beliebte, wie auch schon früher, während sie ihrem Manne alles Unrecht aufbürdete, ihn des Ehebruchs mit der Frau Pfarrerin beschuldigte und diese selbst der Eifersucht ihr gegenüber anklagte.

Wenig damit im Einklang stand ihr eignes Verhalten, insbesondre zu ihren Kindern, die sie nicht nur vollständig vernachlässigte, sondern auf das sträflichste mishandelte,

wie sie ihren noch dazu schwindsüchtigen Mann in der nichtswürdigsten Weise chikanierte. Die Kinder waren schliesslich nicht einmal mehr ihres Lebens sicher, denn wiederholt äusserte die Mutter die Drohung, sie umbringen zu wollen.

Ihre übrigen Pflichten als Hausfrau verabsäumte Patientin ebenfalls gänzlich und kümmerte sich nicht im Geringsten um die Instandhaltung ihres kleinen Haushaltes. Dagegen war und blieb sie eine fleissige Besucherin der Kirche und floss in ihren mündlichen und schriftlichen Expectorationen von Salbung und weihevollen Worten über.

Als ihr Thun und Treiben nach dem Tode ihres Mannes, der vor einigen Wochen in der hiesigen Universitäts-Klinik an Phthisis pulmonum erfolgte, gemeingefährlichen Charakter annahm, wurde sie endlich dann der psychiatrischen Klinik wieder überwiesen.

Seitdem ist die Patientin dauernd in der Anstalt geblieben. Es würde den Leser ermüden und nur zu Wiederholungen führen, wenn die Schilderung weiter fortgesetzt werden sollte. Im Ganzen ist zu sagen, dass die Patientin sich ziemlich zusammen nimmt unter der Disciplin der Hausordnung, von der sie weiss, dass ihretwegen keine Ausnahmen gemacht werden, zumal jegliche Collision mit ihrer Reizbarkeit nach Möglichkeit vermieden wird.

Briefe an den Pastor, den Herrn Professor Arndt, zur Abwechslung einmal an Sr. Majestät den Kaiser und Gedichte überschwänglichen Inhalts, aber durchaus nicht ungeschickt in der Form, mit richtigem Silbenmass und leidlichen Reimen, auch verfolgbarem Gedankengang werden nach wie vor verfertigt. Die Briefe sind allerdings sehr verwirrt, weit mehr als es die mündliche Redefertigkeit vermuthen lässt Die Laienansicht recht charakterisierend ist das Urtheil einer schon Jahre lang in der Anstalt thätigen Wärterin, die nach neulich stattgefundener längerer Unterredung mit der

Patientin, zum Arzt verwundert äusserte, warum denn eigentlich die E. in der Anstalt wäre, die wäre doch ganz vernünftig.

Die eben mitgetheilte ausführliche Krankengeschichte zeigt uns das ausgesprochene Paradigma einer primären Paranoia, die sich entwickelt hat auf Grund einer mässigen hereditären Belastung, aber ausgesprochenen individuellen Disposition. Bemerkenswerth sind insbesondere das von Jugend auf eigenthümlich religiös gefärbte Gemüthsleben und verschiedene auf Hysterie zurückführbare Momente. Auffallend, aber den Erfahrungen durchaus entsprechend, ist die gute Entwicklung und Erhaltung des Intellects, der nur in der letzten Zeit eine grössere Einbusse erfahren hat. Hierbei verdient es Beachtung, dass sich in den Briefen diese Schwächung des Intellects bis zur Verworrenheit steigert, während in der mündlichen Unterredung davon weit weniger an den Tag tritt. Hallucinationen fehlen vollständig. Die Wahnvorstellungen treten bei weitem nicht so schroff in den Vordergrund, als man es sonst wohl zu sehen gewohnt ist. Und doch ist die Auffassung der Patientin von ihrer Stellung in der Welt und zu ihren Mitmenschen total falsch und verkehrt, das ganze Gemütsleben verschoben, so dass ein Aufenthalt in der menschlichen Gesellschaft zur Unmöglichkeit geworden ist. Die zeitweiligen Erregungszustände, die sich bis zu raptusartigen Ausbrüchen steigern, in Abwechselung mit gemüthlichen Depressionen und Exaltationen verdienen ebenfalls hervorgehoben zu werden.

Dem Gefühl des Auserwähltseins und Begnadetseins als dem Grössendelir steht der Beeinträchtigungswahn in Gestalt der mangelnden Anerkennung seitens der undankbaren Welt gegenüber, die das dargebotene Gute nicht annehmen oder nicht so annehmen will, wie es von der Geberin erwartet wird.

Woher aber dieser Mangel an Anerkennung und woher das Gefühl der Zurücksetzung darüber? Weil die Zuwendung des Guten nur erfolgt ist unter der Voraussetzung der Anerkennung und vor allem unter der Voraussetzung, dass nun der Empfangende auch so damit zufrieden sein müsse, wie ihm das Gute geboten sei. Keine Spur eines Altruismus, der auf der Einsicht der wesentlichen Identität des Gebers und Nehmers beruht, sondern baarer, blanker, schrankenloser Egoismus.

Wenigen Laien würde die oben geschilderte Frau ohne weiteres als krank erschienen sein, aber keiner würde auch Bedenken getragen haben, ihr den Titel vorzuenthalten, den das Volk für derartige weibliche Individuen zu reservieren pflegt, wo es sie „einen leibhaftigen Satan" nennt, der Mann und Kindern das Leben schwer macht und ihnen schliesslich das Herz bricht.

Wem jedoch fallen nicht Beispiele aus der täglichen Erfahrung ein, die das hier allen Augen Offenbare gleichsam in nuce wiedergeben?

Hier haben wir die ausgebildetste Moral insanity, aber wie oft mögen ähnliche Verhältnisse vorwalten, die getragen werden müssen, weil die betreffenden Individuen noch nicht weit genug sind in ihrer Gemeingefährlichkeit, um durch ein Irrenhaus aus der menschlichen Gesellschaft ausgeschlossen zu werden, in die sie doch trotz aller thörichten irrenrechtlichen Begeisterung thatsächlich nicht hineingehören, wodurch beiden eine Wohlthat erwiesen würde, jedenfalls aber der Gesellschaft, die die nächste Rücksichtnahme für sich in Anspruch zu nehmen hat. Versteigt sich eine auf ganz mangelhafter Beurtheilung der Dinge beruhende Gefühls- und Humanitätsduselei doch so weit, in durchaus nicht allzu entfernt von dem geschilderten liegenden Fällen, den unter unerhörtem lebenslänglichen Drucke seufzenden Betroffenen ihr duldendes Verhalten

quasi zur Pflicht zu machen, insonderheit, wenn nun gar ein „bloss nervöses", „etwas" überschwängliches Frauenzimmer im Spiele ist, dessen Sünde vielleicht nur darin besteht, dass es „zuviel Liebe" im Leibe hat, — aber von der oben genannten Sorte. Welch' ein Schauspiel ist da vor nicht langer Zeit der ganzen Welt, aber nur für wenige Einsichtsvolle ein klägliches, gegeben worden, als ein verdienter, wohlmeinender und notorisch tüchtiger König „des lieben Friedens wegen" weichen musste.

## Krankengeschichte II.

Der Kaufmann Bernhard G. stammt aus einer Stadt in der Nachbarschaft Greifswalds und ist dort am 6. Juli 1843 geboren. Er ist evangelischer Confession, hat nicht geheirathet und ist kinderlos. Sein Vater ist bereits 20 Jahre tot und soll niemals an Nervenkrankheiten oder psychischen Störungen gelitten haben, wohl aber an allerhand Rheumatismen. Die Mutter lebt noch und ist, von den Beschwerden des Alters abgesehen, gesund. Auch in der höheren Ascendenz und in den Seitenlinien lässt sich kein hereditäres Belastungsmoment ermitteln.

In der Kindheit hat Patient keine Krankheiten überstanden. Ueber seine Gemüthsart in dieser Zeit kann nichts in Erfahrung gebracht werden. Die Erziehung ist gut zu nennen gewesen. Patient hat den Unterricht auf der Stadtschule genossen und zwar, wie ausdrücklich mitgetheilt wird, mit recht gutem Erfolge. Seine intellectuelle Veranlagung soll recht gut gewesen sein, er hat sich durch schnelles Fassungsvermögen und gutes Gedächtniss ausgezeichnet.

Eine auffallende Entwicklung oder Veränderung des Charakters soll sich in den Pubertätsjahren nicht bemerkbar gemacht haben. Ebenso ist über Beschaffenheit und

Bethätigung des Geschlechtstriebes aus früherer Zeit nichts in Erfahrung zu bringen.

In späterer Zeit ist die Lebensweise des Patienten unregelmässig und ausschweifend geworden. Schon in den Jahren beim Militär hat sich starke Neigung zu Trunk und Spiel ausgebildet, die durch spätere verunglückte kaufmännische Speculationen und Fehlschlagen der in das Leben gesetzten Hoffnungen verstärkt worden ist.

Von Geschlechtskrankheiten ist einmal eine acute Gonorrhoe acquiriert worden.

Mit dem Strafgesetzbuch ist Patient nachweislich niemals in Conflict gerathen.

Ein acutes Delirium tremeus hat Patient vor 2 Jahren durchgemacht als Folge seiner Trunksucht.

Seine jetzige Erkrankung, deren Beginn zeitlich sich nicht genau feststellen lässt, hatte Prodrome in der Form von Hypochondrie und gemüthlicher Reizbarkeit. Diese Symptome traten seit einem Jahre mehr in den Vordergrund. Patient wurde namentlich Nachts sehr unruhig und litt an Schlaflosigkeit und Appetitmangel. Es entwickelte sich ein vager Verfolgungswahn, indem Patient mistrauisch gegen seine Umgebung wurde und namentlich von seinen nächsten Verwandten glaubte, dass sie ihm Nachstellungen bereiteten. Dabei nahmen die Kräfte ab und Patient kam körperlich herunter. Der Character des Irreseins änderte sich nicht, lichte Zwischenräume waren vorhanden. Weil Patient durch den Versuch Feuer anzulegen gemeingefährlich wurde, brachte man ihn in die Greifswalder psychiatrische Klinik zur Aufnahme am 1. Februar 1890.

Patient zeigte sich damals als einen Mann von mittlerer Grösse, leidlich entwickelter Muskulatur und entsprechendem Panniculus adiposus, die Gesichtsfarbe war blass, die Haut derselben welk und besonders an der Stirn mit acneartigen Flecken versehen. In der Weite der Pupillen bestand

Differenz, die linke war weiter, als die rechte. Die ganze Muskulatur war anscheinend krampfhaft angespannt, ohne vorherrschende Tendenz nach der Seite des Adductoren oder Flexoren hin. Dieser krampfhafte Zustand bestand auch in den Cremasteren. Die Sehnenreflexe zeigten sich überall deutlich erhöht.

Das linke Kniegelenk war in Folge eines Ergusses bedeutend geschwollen.

Am linken Arm fanden sich multiple Lipome auf der Volarseite, ebenso auf der Ulnarseite des rechten, jene jedoch grösser und zahlreicher als rechts. Ein weiteres Lipom zeigte sich auf der äusseren Seite des rechten Oberschenkels. Als weitere Stigmata degenerationis könnte man zahlreiche über den Körper zerstreute Naevi ansehen, deren sich 4 Stück auf dem Rücken befanden bis zu 1—1 1/2 cm Ausdehnung in Länge und Breite.

An Brust- und Unterleibsorganen konnten keine Anomalien constatiert werden. Der 2te Aortenton war etwas klappend. —

Patient verweigerte im Anfang seines Aufenthaltes die Nahrung und musste schliesslich zwangsweise mit dem Trichter durch die Nase gefüttert werden. Er kam dadurch von 121 Pfd. Körpergewicht auf 110 Pfd. herunter. Bei der Applicierung eines Darmrohrs, das ihm seines retardierten Stuhlgangs wegen gesetzt wurde, leistete er den Wärtern heftigen Widerstand.

Allmählig begann Patient aus freien Stücken zuerst spärliche dann mehr Nahrung zu sich zu nehmen. Es wurde deshalb, um ihn in der Ernährung zu heben, Extradiät angeordnet. Er schimpfte beständig über die in der Anstalt herrschende Schweinerei und weigerte sich nichtsdestoweniger, ein frisches Hemde anzuziehen.

Dann stellten sich auch seine Verfolger wieder ein, die ihn in den ersten Tagen verschont hatten und von denen

er behauptete, betrogen und bestohlen worden zu sein. Zuerst glaubte Patient nur ihre Stimmen aus den Wänden heraus zu hören, dann aber nahmen die Hallucinationen bestimmteren Character an. „Per Telephon und Phonograph" wurden ihm Nachts Drohungen und sogar sein Todesurtheil übermittelt, so dass er nun gar nicht mehr glaubte schlafen zu können. Die Verfolger hatten nach des Patienten Meinung Drähte angelegt, vermittelst deren sie ihn Nachts quälten und electrisierten und ihm alles Mögliche zuflüsterten, dass er bald sterben müsste, dass er ein Verbrechen begangen hätte etc.

Patient konnte vom 21. II. auf gewöhnliche Kost getetzt werden, weil er sich recht gut herausgemacht hatte nnd wohl aussah. Nahrungsverweigerung fand nicht mehr statt, obgleich er ab und zu behauptete, dass in der Suppe Schlangen wären, die Milch sauer und verdorben schmeckte, dass man ihm etwas in's Essen gethan hätte u. s. w.

Bei Gelegenheit einer Vorstellung im Auditorium erzählte Patient sehr genau und in gutem Zusammenhange alle seine Belästigungen und Quälereien seitens der Verfolger.

Im Monat März hatte Patient sich körperlich vorzüglich erholt, stand mehrere Stunden am Tage auf und ging im Garten spazieren. Auch spielte er mit dem Oberwärter vollkommen gut und richtig Schach. Die Wahnideen blieben im wesentlichen dieselben. Seine Verfolger und Feinde quälten ihn vorwiegend Nachts und zwar immer mit electrischen Strömen, deren Schläge er „am Rucken" in seinem Körper spürte. Zum Schutze machte sich Patient aus seinem Taschentuch eine Schlafmütze, von der er sich als quasi einem Isolator Schutz versprach. In den Nahrungsmitteln, wurden ihm schädliche Stoffe beigebracht und zum Beweise dessen zeigte er seinen Milchnapf vor, der allerdings auf seinem Grunde einen geringen Bodensatz ent-

hielt. Ein anderes Mal behauptete Patient, dass „Valeriana“ in der Milch gewesen wäre oder auch dass man ihm mit Morphium und Chloroform nachstellte.

Eines Tages forderte er seine Entlassung, weil in G. ein Kindermord begangen wäre, von dem er Nachricht erhalten hätte und dessen Thäter er nahmhaft machen müsste. Weiterhin hätte früher Jemand in der Maske des Grafen B. ihm früher in G. Gift ins Bier gethan und Patient wusste jetzt ganz genau, dass es der Wärter G. aus der Klinik gewesen.

Das Körpergewicht war im Anfang des Monats April bis auf 136 Pfd. gestiegen. Schon in der ersten Woche hatte sich eine grössere Reizbarkeit bemerkbar gemacht. Da die Erregung sich bis zu ausgebildeten Raptus steigerte, musste Patient in einer Tobzelle isoliert werden. Er verweigerte ausserdem die Nahrung und wurde ausfallend gegen den Wärter, der es unternahm, ihn zu füttern. Als Zwang dabei angewendet wurde, zerschmetterte er, ohne dass er schnell genug daran gehindert werden konnte, das Nachtgeschirr auf dem Kopfe des Wärters, der starke Beulen und Wunden davontrug. Patient schimpfte und tobte auf das heftigste und erklärte, lieber sterben zu wollen, als sich mit der Schlundsonde ernähren lassen zu wollen. Ein anderes Mal goss er dem Arzt, der ihm zuredete und ihn füttern wollte, den ganzen Inhalt des Milchtopfes über die Kleider. Das Stroh seines Bettes zerstreute Patient am Boden umher, und bemerkte, als man ihn nach dem Grunde fragte, mit einem gewissen grimmigen Humor, dass im Schweinestall, als welcher seine Zelle ihm imponierte, auch Stroh gestreut werden müsste, wie er denn überhaupt geneigt war, in seinen Antworten allerhand Witzeleien und Anspielungen anzubringen. Da er körperlich in seinem Erregungsstadium herunterkam, wollte man ihn wiegen, was sich aber in Folge seines Widerstrebens

als unmöglich herausstellte. Es gelang erst, nachdem allmählich wieder grössere Beruhigung eingetreten war, und es zeigte sich, dass das Körpergewicht in 10—12 Tagen, 14 Pfd. abgenommen hatte, um nach vorübergegangener Erregung wieder zuzunehmen. Vom 13. des Monats an ass Patient wiederum freiwillig, aber nur, wenn der von ihm mit grösserem Vertrauen beschenkte Arzt ihm die Nahrung brachte, während er sie aus der Hand des Wärters erst später annahm. Ende April konnte Patient aus der Zelle wieder auf die Abtheilung zurück verlegt werden. Sein Körpergewicht hatte sich wieder auf 129 Pfd. gehoben.

Die Verfolgungsideen blieben während der ganzen Zeit die nämlichen, ohne Wechsel im Inhalt, wie sie bereits oben geschildert wurden. Sich photographieren zu lassen konnte Patient erst nach langem Sträuben bewogen werden. Seine Weigerung motivierte er damit, dass die G.'er dann seine Photographie kaufen würden, um Unfug damit zu treiben. Seine Ohren verstopfte er mit Baumwolle, um sich dadurch gegen die Stimmen seiner Verfolger zu schützen.

---

Auch in dieser zweiten Krankengeschichte haben wir das characteristische Bild der primären Paranoia der Autoren bei einem erblich nachweisbar nicht belasteten, aber entschieden disponierten Individuum. Die dafür sprechenden Stigmata sind erwähnt worden und im jüngeren Mannesalter sehen wir verschiedene Abwegigkeiten auftreten, die allmählich zu der ausgebildeten psychischen Störung hinüberleiten. Anfänglich wird Patient den Eindruck eines neurasthenisch-hypochondrisch angelegten Individuums gemacht haben.

Wenn ganz allgemein für die primäre Entwicklung der Paranoia die bessere Erhaltung des Intellects und der Affecte als classische Symptome angegeben werden, so ist dafür durch unsern Patienten ein typisches Beispiel ge-

geben. Die Intelligenz hat sich sowohl gut entwickelt als auch bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt sich noch leidlich ungeschwächt bewahrt. Die Fähigkeit zu Affecten hat sich sogar durch ausgebildete Raptus documentiert und es steht zu erwarten, dass sich derartige Erregungszustände noch des öfteren wiederholen werden, bis auf das Stadium der Ermüdung allmählich die Erschöpfung eintreten wird, womit die im ersten Theil der Arbeit herangezogene Ähnlichkeit beziehungsweise Ununterscheidbarkeit der primären und secundären Zustände sich ausbilden wird.

Erwähnung verdient noch der Umstand, dass sich bis jetzt weder ein gleichzeitiger noch ein consecutiver Grössenwahn herausgebildet hat und dass somit der Fall für die Priorität der Verfolgungsdelirien in Anspruch genommen werden könnte.

## Krankengeschichte III.

Den vorangegangenen beiden schliesst sich als dritte und letzte die folgende an, die uns nach wenigen kurzen Zuckungen die schnell eintretende vollständige Erlahmung des Nervensystems eintreten zeigt. Es kommt weder zur Ausbildung einer typischen Vesania, dazu mangelt von vornherein die Kraft, noch zur Entwicklung einer primären oder secundären Paranoia, welche letztere sich nur angedeutet findet, weil die Kraftlosigkeit des Nervensystems gleich nach den ersten Erschütterungen so weit gesunken ist, dass das Stadium der Erschöpfung und des Absterbens schnell die vorausgegangenen überholt und überstürzt.

Es handelt sich um einen 23 Jahre alten Patienten, gebürtig aus der Belgarder Gegend in Hinterpommern, evangelischer Confession, ledig und seinem bürgerlichen Berufe nach ein Bäcker. Am 7. November 1886 ist er als gewöhnlicher Ersatz ausgehoben zum Leib-Grenadier-Regiment No. 8.

Es liegt starke hereditäre Belastung vor durch psychische Krankheiten in der Ascendenz. Der Vater ist seit 1864 geisteskrank, die Mutter vor 3 Jahren an einer Geisteskrankheit gestorben. Der älteste Bruder des Patienten hat vor 5 Jahren in die Irrenanstalt zu Ueckermünde gebracht werden müssen und ist nach kurzer Zeit der Genesung wieder rückfällig geworden, wovon er sich zur Zeit noch nicht erholt hat. Ausserdem haben eine verstorbene Tante väterlicherseits und ebenso ein Onkel mütterlicherseits an Geistesstörung gelitten. Die verstorbenen Gross-Eltern namentlich väterlicherseits dagegen haben in voller geistiger Gesundheit ein hohes Alter erreicht.

Seit dem 14. Juli 1887 wurde Patient im Garnison-Lazareth behandelt, weil er über Schmerzen unbestimmter Natur in der Brustbeingegend und in der linken Seite klagte, die immer heftiger geworden sein sollen und besonders während des Dienstes, ohne weitere erkennbare Ursache. Grosses Schwächegefühl gesellte sich hinzu.

Patient betrug sich ganz ruhig und vernünftig, exercierte täglich einige Stunden im Lazareth-Garten, bis er angeblich plötzlich am 20. August die ersten Symptome seiner psychischen Erkrankung zeigte. Er wurde sehr unruhig, sprach fortwährend in jammerndem Ton und schlief in der folgenden Nacht fast gar nicht. Auch am nächsten Tag jammerte er beständig, immer dieselben Worte wiederholend: „Das ist nicht, ich kann nicht dafür“. Er antwortete nicht auf Fragen, genoss nichts, liess sich auch nicht füttern und überhaupt niemanden an sich herankommen. Er wurde isoliert, war aber nicht zu bewegen, sich ins Bett zu legen, sondern wanderte unauthörlich im Zimmer auf und ab. So dauerte der Zustand mehrere Tage an, schliesslich nahm Patient dann spärliche Nahrung zu sich, aber nur wenn niemand bei ihm war. Den Urin

liess er unter sich gehen. Die Ueberführung in die Greifswalder psychiatrische Klinik erfolgte am 8. September 1887.

Bei dem ersten Besuche fand der Arzt den Patienten bitterlich weinend und zusammengekauert im Bett liegend mit gefalteten Händen. Immerfort rief er aus: O mein Heiland, o mein Heiland! Lass mich doch leben, ich will auch alles bezahlen." Er stellte sich dar als ein blasses, anaemisches, klein und schwächlich gebautes Individuum. Die Ohren liessen starke Misbildung erkennen, das Ohrläppchen fehlte und während der Antihelix stark sich entwickelt zeigte, waren Tragus und Antitragus wenig ausgebildet.

Allmählich beruhigte sich Patient etwas und wurde mürrisch und verdrossen. Es gelang mit einiger Geduld, einige Antworten aus ihm herauszubringen, die meistens von dem Zusatze: Ich weiss es nicht mehr genau, begleitet waren. Er versicherte wiederholt, ganz gesund zu sein. Nahrung war ihm in der ersten Zeit nur durch Fütterung beizubringen, erst später ass er freiwillig und erhielt eine Zeit lang Extradiät. Meistens lag Patient für seine gesamte Umgebung unzugänglich im Bett, zusammengeduckt mit vor dem Gesicht gefalteten Händen und über den Kopf gezogener Bettdecke. Zeitweilig brach er in lautes Klagen und Jammern aus, ebenso wenn man ihn anredete und anrührte. Der Stuhl war angehalten und musste künstlich befördert werden. Auffallend war im Monat October ein eine ganze Woche lang anhaltender Speichelfluss.

Ende October verliess Patient das Bett und wandelte zum Theil unstät im Zimmer auf und ab, zum Theil stand er statuenhaft am Fenster, in beiden Fällen die gefalteten Hände vor das Gesicht und das Kinn pressend. Da es unmöglich war, ihn dauernd im Bett zu erhalten, liess man ihn aufstehen.

Er erholte sich allmählich körperlich und nahm an

Körpergewicht zu (106 Pfd.) Es stellte sich grössere Ruhe ein, doch liess sich Patient weder auf Gespräche ein noch auf andere Weise sich beikommen. Das einzige war, dass er beständig verlangte, nach seiner Compagnie zurückgebracht zu werden. Fast den ganzen Rest des Jahres über musste er gefüttert werden, öfters mit Anwendung einiger Gewalt. In der Mitte des December stellte sich wiederum eine mehrere Tage andauernde Salivation ein. Eine Zeitlang steckte er in jedes Ohrloch einen Finger, gleich als ob er sich gegen von aussen auf ihn eindringende unangenehme Geräusche schützen wollte.

Im Januar 1888 wurde Patient mitunter etwas zugänglicher, sah dem, der ihn anredete, ins Gesicht, aber erklärte immer nur, dass er sein Zeug haben wollte, um zu seiner Compagnie gehen zu können. Weiterem Gespräch entzog er sich durch Fortlaufen. Oefters nahm er freiwillig Nahrung zu sich.

Die Annahme eines Briefes seiner Schwester verweigerte er auf das Entschiedenste, als diese selbst zum Besuche kam, erkannte er sie nicht, antwortete mit der Anrede „Sie“ und drehte ihr den Rücken zu mit den Worten: „Mit Ihnen habe ich nichts zu schaffen. An den Mann (zum Oberwärter) habe ich mich zu wenden, der muss mich zurück zu meinem Regiment bringen.“

Vom Ende des Monats April an wurde der secundäre Schwächezustand manifest. Es stellten sich allerhand Parapraxien ein. So konnte Patient unter anderem nicht gehindert werden, sich einigemale Gesicht und Hände mit seinem Urin zu waschen. Das Körpergewicht ging bis zum October von 110 Pfd. wieder auf 96 Pfd. herunter. Ab und zu wurde auch die Nahrung wieder verweigert.

Im October hatte Patient die Gewohnheit, den ganzen Tag mit vorn übergebeugtem Kopf auf derselben Stelle stehend, sich die Hinterbacken mit den Händen zu reiben

und zwar so eifrig, dass in kurzer Zeit der Hosenboden durchgescheuert wurde. Jedesmal, wenn die Aerzte zu ihm kamen, ging Patient zutraulich auf sie zu, klopfte sie auf die Schulter und bat, noch ein einziges Mal zu seinen Eltern gelassen zu werden. Ihren längst erfolgten Tod stellte er beharrlich in Abrede. Im November liess er zeitweilig an beliebiger Stelle, wo er ging und stand, den Urin unter sich. Im December wurde Patient wieder vollkommen unzugänglich und wendete sich unwillig von jedem ab, der ihm freundlich zusprechen wollte. Bei seiner Demonstration im Auditorium sass er lautlos in der contrahierten Stellung des Melancholikers da.

Im Januar hob sich das Körpergewicht wieder und stieg im Februar bis auf 118 Pfd. Der Zustand wechselte in sehr engen Grenzen. Im Januar wurde Patient zeitweilig zugänglicher und gab nicht mehr so strikt abweisende Antworten, verlangte spontan, nach Hause entlassen zu werden und sah auch körperlich wohler aus. Nach vorübergehender Verschlechterung gab Patient sogar im März Hoffnung, nach Hause entlassen werden zu können, da er anfing, Lust zur Arbeit zu bekommen, sich gerne etwas beschäftigen liess und eine gesundere Gesichtsfarbe bekam. Im Mai wurde er dann wiederum schlechter und fiel in seinen alten Zustand wieder zurück. Er stellte sich mit dem Gesicht gegen eine Wand gekehrt stundenlang hin und scheuerte mit den Händen auf dem Hintern herum, riss sich unwillig los, wenn man ihn zur Unterredung stellen wollte und verlangte nach Vater und Mutter, deren Tod er nicht zugab. Er musste gefüttert werden und vernachlässigte seine Kleidung.

So trat allmälig bis zum Juli vollständiger Stupor ein. Stundenlang stand Patient an eine Wand gelehnt oder sass stumpfsinnig im Garten, nur dem einen Gedanken Ausdruck gebend: „Ich will nach Hause entlassen werden“. Dabei

wurde Patient täglich dicker und fetter und das Körpergewicht stieg bis auf 120 Pfd. Das Aussehen jedoch war blass und pastös. Beim Essen mussten die ersten Bissen dem Patienten beigebracht werden, wonach er dann von selbst ass. Ein Magenkatarrh erforderte längere Behandlung und Bettruhe. Ein Herpesausschlag auf beiden Armen heilte ohne Behandlung ab. Nachts verliess Patient oftmals das Bett, um sich mit gesenktem Haupt stundenlang vor dasselbe hinzustellen.

So bot Patient das Bild des ausgeprägtesten, unwandelbaren Stupors da und wurde als unheilbar im April 1890 der Ueckermünder Irrenanstalt überwiesen.

---

Ein hereditär schwer belastetes und hochgradig disponiertes Individuum ist es, das uns die letzte Krankengeschichte in seinem psychischen Untergange vorführt. Die Anforderungen, die durch die Erfüllung der soldatischen Pflichten gestellt worden sind, haben genügt, das labile Nervensystem so zu erschüttern und zu Fall zu bringen, dass es sich niemals wieder erholen kann. Patient gehört der dritten Generation einer mit Geisteskrankheiten belasteten Familie an. Stellen wir uns vor, dass bei den Grosseltern schon Momente vorhanden gewesen sein müssen, die in der 2. Generation zur psychischen Degenerescenz geführt haben, so ist für die 3. ausserdem noch eine weitere Cumulierung eingetreten, insofern Vater und Mutter beide psychopathisch gewesen sind, nach der allgemeinen Erfahrung, dass gerade solche Individuen sich geschlechtlich anziehen, damit der Natur gleichsam auf halbem Wege entgegenkommend, die mit unerbitterlicher Consequenz derartige für den gleichwerthigen Fortbestand der Gattung untaugliche Mitglieder ausrottet und dem Untergange weiht, ist es nicht in der ersten und zweiten, so in der dritten, vierten Generation.

Die ererbte und angeborene Schwäche ist in unserm letzten Falle so gross, dass es nur zur Entwicklung einer ganz schwachen Melancholie mit Hinneigung bald mehr zur katatonischen, bald mehr zur stuporosen Form kommt, worauf schnell gänzlicher Verfall mit terminalem Blödsinn hereinbricht.

Am Schlusse meiner Arbeit angelangt, spreche ich Herrn Professor Dr. Arndt für die Ueberweisung des Themas und die Ueberlassung der Krankengeschichten meinen herzlichsten Dank aus, insonderheit noch für die vielen und mannigfachen Anregungen, die ich für diese Arbeit sowohl als auch sonst meinem hochverehrten Lehrer schulde.

# Lebenslauf.

Ich, Gustav Scholinus, bin geboren zu Stettin am 15. Dezember 1863 als ältester Sohn des jetzigen Oekonomen der Abendhalle in Stettin Wilhelm Scholinus und seiner verstorbenen Frau Anna, geb. Lüdke. Meine erste Schulbildung empfing ich durch privaten Unterricht und durch einen halbjährigen Besuch der damaligen hôheren Bürgerschule in Pasewalk in Pommern. Im Herbst 1875 trat ich sodann in die Quinta des königlichen Marienstifts-Gymnasiums zu Stettin ein, das ich im Herbst 1883 nach absolviertem Maturitätsexamen verliess. Ich bezog die Universität Greifswald, um Medizin zu studiren, und gehörte vom Oktober 1883 bis zum August 1888 der medizinischen Fakultät als Student an. Am 28. Juli 1885 bestand ich mein Tentamen physikum und hatte in meinen folgenden klinischen Semestern das Glück, ein Jahr lang an der medicinischen Klinik als wissenschaftlicher Assistent und an den übrigen Kliniken als Volontärarzt kürzere oder längere Zeit thätig sein zu dürfen. Am 2. November 1888 begann und am 11. Februar 1889 beendete ich mein medicinisches Staatsexamen vor der ärztlichen Prüfungscommission in Greifswald, woran sich im Anfang des März das Examen rigorosum zur Erlangung der Doktorwürde anschloss. Am 1. April trat ich sodann in das 3. Bataillon Infanterie Regiments Prinz Moritz von Anhalt-Dessau (5. Pommerschen) Nr. 42 zu Greifswald als Einjährig-Freiwilliger ein, avancierte zum Gefreiten und absolvierte vom 1. Oktober 1889 bis 1. April 1890 den 2. Theil meiner activen Dienstzeit als einjährig-freiwilliger Arzt bei demselben Truppentheil, während welcher Zeit ich zugleich die Assistentenstelle an der Königlichen Kinder-Poliklinik des Herrn Professors Krabler verwaltete.

Während meiner Studienzeit hörte ich die Vorlesungen, Curse und Kliniken folgender Herren Professoren und Dozenten:

Arndt, Beumer, Julius Budge, A. Budge, v. Feilitzsch, Gerstaecker, Grawitz, Grohé, Helferich, Holtz, Krabler, Landois, Limpricht, Löbker, Mosler, Peiper, Pernice, v. Preuschen, Rinne, Schirmer, Schmitz, Schulz, Schuppe, Sommer, Strübing.

Allen diesen meinen Lehrern spreche ich an dieser Stelle meinen schuldigen Dank aus, insbesondere den Herren Geheimräthen Mosler und Pernice und Professor Helferich, an deren Kliniken als Assistent und Volontär zu arbeiten mir gütigst gestattet worden ist.

# Thesen.

I.

Es ist eine bisher noch nicht genug erkannte Pflicht der Aerzte, insbesondere der Hausärzte, der Entwicklung der Neurasthenie bereits im Kindesalter vorzubeugen und etwaigen schädlichen Einflüssen der Erziehung nach dieser Richtung hin aufklärend gegenüberzutreten.

II.

Die sogenannte Überbürdungsfrage der Schüler höherer Lehranstalten ist nicht durch Herabsetzung der an die Leistungsfähigkeit der Schüler gestellten Ansprüche zu lösen, sondern durch Erhöhung, um die unzulänglichen Elemente auszuscheiden, für die durch Mittelschulen Rath geschafft werden muss.

III.

Die humanistische Vorbildung der Aerzte ist unerlässlich und darf nicht aufgegeben werden, um das mit den sogenannten Realschulen gemachte Experiment zu retten.

